La santé en actions

Plan montréalais d'amélioration de la santé et du bien-être

2003-2006

Document de support

RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DE MONTRÉAL-CENTRE

106-06211/

Le **Plan montréalais d'amélioration de la santé et du bien-être 2003-2006, « *La santé en actions* » - Document de support,**
est une production du Service des communications – Direction de l'information et de la planification de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.

Note : Dans ce texte, le masculin est pris dans son sens générique et désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Rédaction
Louis Côté
Directeur de l'information et de la planification

Collaboration à la rédaction
Loraine Desjardins
avec la collaboration de toutes les directions de la Régie régionale

Édition
Évelyne Joyal
Lise Latourelle
Hélène Perrault

Conception de la page couverture
Cossette communication-marketing

Graphisme
www.farleydw.com

© Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 2003
Dépôt légal - Bibliothèque nationale du Québec, 2003
ISBN 2-89510-117-5

Ce document est disponible
- aux services documentaires de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre
  Téléphone : (514) 286-5604
- sur le site Web de la Régie régionale de Montréal-Centre :
  www.santemontreal.qc.ca

La santé en actions

Plan montréalais d'amélioration de la santé et du bien-être

2003-2006

Mot du président-directeur général

LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE DE LA POPULATION MONTRÉALAISE

Un défi collectif à relever

La Régie régionale entreprend une démarche afin de doter Montréal d'un nouveau plan stratégique pour la période allant du printemps 2003 au printemps 2006. C'est pourquoi nous devons identifier, ensemble, nos priorités pour améliorer l'état de santé et de bien-être de la population montréalaise.

À partir des résultats observés au terme du plan 1998-2002 en matière de santé de la population et d'accès aux services, nous aurons à choisir et à mettre en œuvre les solutions les plus appropriées pour permettre de prévenir, de guérir et de soigner plus efficacement. Voilà un grand défi qui nous oblige à faire les bons choix. C'est l'invitation que je lance au milieu montréalais.

Le résultat de cette consultation me permettra de présenter au conseil d'administration de la Régie régionale, en juin prochain, un plan stratégique triennal qui répond à la fois aux particularités d'une métropole comme Montréal et aux priorités nationales fixées pour l'ensemble de la population québécoise.

Je souhaite que ces échanges soient des plus fructueux.

David Levine

Le président-directeur général
David Levine

Table des matières

Mot du président-directeur général 5
Table des matières 6
Lexique 9

1. UNE DÉMARCHE DE CONSULTATION INTÉGRÉE 11
1.1 Une démarche intégrée 12
1.2 Une consultation interactive 15
1.3 Des décideurs à l'écoute 17
1.4 Des activités de consultation adaptées aux différents publics et aux différents plans régionaux 18

2. MISSION ET ENGAGEMENTS 25
2.1 La mission 25
2.2 Nos engagements 26

3. LA RÉGION DE MONTRÉAL 27
3.1 Montréal en 2002 27
3.2 Nos partenaires régionaux 30
3.3 Les acteurs du réseau montréalais des services de santé et des services sociaux 33
3.4 Un aperçu des services 38
3.5 Les médecins et le personnel 39

4. BILAN ET ENJEUX RÉGIONAUX 41
4.1 L'état de santé et de bien-être des Montréalais en 2002 42
4.2 L'état du réseau montréalais des services de santé et des services sociaux en 2002 52
4.2.1 Le financement : objectifs atteints à 60 % 52
4.2.2 Les faits saillants concernant les continuums de services 56
4.2.3 L'amélioration continue de la qualité et l'évaluation des résultats 62
4.2.4 Les ressources humaines 64
4.2.5 Les ressources informationnelles 66

5. PRIORITÉS MONTRÉALAISES 2003-2006 69
5.1 Réduire l'impact des inégalités sociales sur la santé par des actions efficaces de prévention 70
5.2 Apporter, en partenariat, des solutions adaptées aux problématiques sociales montréalaises 77
5.2.1 Jeunesse 78
5.2.2 Problèmes sociaux montréalais 86
5.2.3 Alcoolisme et toxicomanie 88
5.3 Développer un réseau de services de première ligne tissé serré autour des groupes de médecine de famille (GMF) 90
5.3.1 Implanter 58 groupes de médecine de famille (GMF) d'ici 2006 90

5.3.2 Offrir, dans tous les CLSC, des services de base uniformes et accessibles 7 jours par semaine pour un total de 80 heures 91
5.4 Assurer l'accès aux services médicaux et hospitaliers à l'intérieur des délais recommandés 92
5.4.1 Services d'urgence 92
5.4.2 Assurer l'accès aux services médicaux spécialisés à l'intérieur des délais cliniquement recommandés 97
5.4.3 Plan d'organisation des services médicaux spécialisés et mise sur pied de réseaux universitaires intégrés en santé 100
5.5 Développer des programmes et des réseaux de services intégrés à l'intention des clientèles vulnérables 105
5.5.1 Réseau de services intégrés pour les personnes âgées en perte d'autonomie 109
5.5.2 Réseau de services intégrés pour les personnes atteintes de maladies chroniques évolutives 117
5.5.3 Réseau de services intégrés en oncologie et en soins palliatifs 118
5.5.4 Réseau de services intégrés pour les personnes vivant avec le VIH-SIDA et les personnes à risque d'être infectées 122
5.5.5 Réseau de services intégrés pour les adultes ayant des problèmes de santé mentale 125
5.5.6 Réseau de services intégrés pour les personnes présentant un trouble envahissant du développement 129
5.6 Se doter de plans régionaux d'organisation des services dans quatre secteurs prioritaires 132
5.6.1 Plan régional d'organisation des services d'hébergement et de soins prolongés 132
5.6.2 Plan régional d'organisation des services en déficience physique 132
5.6.3 Plan régional d'organisation des services en déficience intellectuelle 136
5.6.4 Plan régional d'organisation des services en périnatalité 137
5.7 Intégration des besoins des femmes à la planification régionale des différents continuums de soins et de services 140
5.8 Le respect des caractéristiques linguistiques et culturelles de la population 142
5.9 Synthèse des ressources additionnelles requises 143

6. ACTION INTERSECTORIELLE, INTÉGRATION DES SERVICES ET APPROCHE TERRITORIALE 147
6.1 Plan d'action montréalais en santé publique et découpages territoriaux, municipaux, scolaires et sociosanitaires 148
6.2 Intégration et coordination des services de santé et des services sociaux et découpages territoriaux 155
6.2.1 Continuum des services en santé physique 158
6.2.2 Continuum des services aux personnes âgées en perte d'autonomie 161
6.2.3 Sectorisation des services spécialisés : une multitude de découpages 164
6.2.4 Des voies de solution 168

7. DÉFIS DE GESTION 2003-2006 173
7.1 Implanter de nouveaux outils de gestion orientés vers l'atteinte de résultats mesurés à partir d'objectifs préalablement fixés, la transparence et l'imputabilité 174
7.1.1 Les ententes de gestion avec les établissements 177
7.1.2 Évaluer pour s'améliorer 180

7.2 S'assurer de la disponibilité et de la mobilisation des médecins 186
7.2.1 Les médecins généralistes 187
7.2.2 Les médecins spécialistes 192
7.3 S'assurer de la disponibilité et de la mobilisation de la main-d'œuvre 198
7.3.1 Se doter d'un plan de main-d'œuvre intégré 199
7.3.2 Réviser l'organisation du travail 200
7.3.3 Assurer la relève des cadres 202
7.3.4 Attirer et former une nouvelle main-d'oeuvre 204
7.3.5 Soutenir le développement des compétences 207
7.3.6 Accroître la stabilité du personnel et le mieux-être au travail 208
7.3.7 Mobiliser la main-d'œuvre 211
7.3.8 Accompagner le changement et soutenir le développement organisationnel 211
7.4 Rendre accessible les systèmes et les technologies de l'information nécessaires au travail en réseau des professionnels, et à une gestion basée sur des données probantes 214
7.4.1 Informatiser 58 groupes de médecine de famille (GMF) 215
7.4.2 Doter le réseau d'accès rapide aux services diagnostiques et des outils informationnels requis 217
7.4.3 Assurer le déploiement en version électronique, de la Demande de services interétablissements (DSIE), des avis de naissance (ADN) et de l'Outil d'évaluation multiclientèles (OEMC) 218
7.4.4 Généraliser l'implantation d'un système d'information sur les urgences dans tous les hôpitaux ayant une salle d'urgence 220
7.4.5 Initier et compléter le déploiement des systèmes nationaux prioritaires 221
7.4.6 Doter la région d'un Intranet régional 222
7.4.7 Doter la région d'un Carrefour d'information sociosanitaire 223
7.5 Maintenir et renforcer les partenariats stratégiques au sein de la communauté montréalaise 227
7.5.1 Le milieu communautaire 228
7.6 Développer une stratégie de financement favorisant une gestion optimale des ressources et la réalisation des priorités d'amélioration de la santé et du bien-être 2003-2006 232

8. CONCLUSION 239

9. ANNEXES 243

Annexe 1 - Sommaire des ressources de santé publique 2001-2002 et de l'estimé de besoins 2003-2006 243
Annexe 2 - Projet de démarche-action : Montréal-Nord 245
Annexe 3 - Proposition d'organisation des services de pédopsychiatrie 249
Annexe 4 - Avis de la Commission médicale régionale 251
Annexe 5 - Extrait de la loi sur les services de santé et les services sociaux (LRQ, c. S-4.2) 253
Annexe 6 - Équipes oncologiques - mandat 254
Annexe 7 - Équipes oncologiques - critères de désignation 256
Annexe 8 - Projets en cours de planification, en réalisation ou terminés - budget de fonctionnement 261
Annexe 9 - Priorités régionales d'immobilisation 2002-2003 262

Lexique

Clientèles vulnérables : personnes fragilisées atteintes d'une ou plusieurs pathologies, aiguës ou chroniques, souvent débilitantes et évolutives, souvent de façon imprévisible. Il s'agit fréquemment de personnes âgées, mais il peut s'agir également de jeunes personnes. Ces personnes peuvent aussi être atteintes de problèmes cognitifs.

Commission Clair : Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux.

Commission Romanow : Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.

Heures défavorables : heures de soirée, nuit, fin de semaine et jours fériés.

Ministère : ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

Omnipraticiens ETP clinique : Un volume de ETP correspond à la production typique d'un médecin qui dispense des services cliniques à temps complet. Par exemple, la population de Montréal est desservie par 1 747,4 omnipraticiens ETP. Il y a à Montréal 2 190 médecins omnipraticiens.

Panier de services : ensemble des services offerts par des professionnels de la santé œuvrant dans un même point de services.

Patient orphelin : personne qui n'a pas de médecin de famille.

Programme SOC : Programme de soutien aux organismes communautaires. Ce programme a entre autres objectifs d'apporter un soutien financier de base aux organismes communautaires pour la réalisation de leur mission, en complément à la contribution de la communauté.

Ressources intermédiaires : Toute ressource rattachée à un établissement public qui, afin de maintenir ou d'intégrer à la communauté un usager inscrit à ses services, lui procure, par l'entremise de cette ressource, un milieu de vie adapté à ses besoins et lui dispense des services de soutien ou d'assistance requis par sa condition.

Services de première ligne : Porte d'entrée du système de santé, les services de première ligne sont le point de contact de la population avec le réseau de la santé et des services sociaux. Ils comprennent un ensemble de services courants, médicaux et sociaux, qui s'appuient sur une infrastructure légère de moyens diagnostiques et thérapeutiques permettant de résoudre la majorité des préoccupations et problèmes communs, d'ordre social et médical de la population.

Services de deuxième ligne : Ces services, tant sociaux que médicaux, permettent de résoudre les problèmes complexes. Ils comprennent des services d'assistance, de soutien, d'hébergement et un ensemble de services spécialisés qui s'appuient sur une infrastructure adaptée et, pour les services médicaux, une technologie diagnostique et thérapeutique lourde mais répandue.

Services de troisième ligne : Niveau de la médecine ultraspécialisée, ces services s'adressent aux personnes présentant des problèmes très complexes de santé ou dont la prévalence est très faible (concept de rareté).

Zones prioritaires d'intervention : zones identifiées par la Ville de Montréal et le gouvernement, dans le Contrat de ville, qualifiées de zones prioritaires d'intervention, qui justifient un effort spécifique et complémentaire de l'État et de la Ville, que ce soit en matière d'aménagement urbain et de logement, d'équipements publics, de développement social, d'éducation et d'emploi.

CAR :	Conférence administrative régionale
CAU :	Centre affilié universitaire
CHSGS :	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHSLD :	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CHSP :	Centre hospitalier de soins psychiatriques
CHU :	Centre hospitalier universitaire
CHR :	Centre hospitalier de réadaptation
CIR :	Commission infirmière régionale
CJ :	Centre jeunesse
CLSC :	Centre local de services communautaires
CMDP :	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CMR :	Commission médicale régionale
CMUR :	Commission multidisciplinaire régionale
CPEJ :	Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse
CR :	Centre de réadaptation
CRDIM :	Conseil régional de développement de l'Île de Montréal
DRMG :	Département régional de médecine générale
DSP :	Directeur des services professionnels
ECG :	Électrocardiogramme
ETP :	Équivalent temps plein
FMOQ :	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
FMSQ :	Fédération des médecins spécialistes du Québec
GMF :	Groupe de médecine de famille
GRIS :	Groupe interdisciplinaire en santé
ICIS :	Institut canadien d'information sur la santé
MPOC :	Maladie pulmonaire obstructive chronique
MSSS :	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OMS :	Organisation mondiale de la santé
PREM :	Plan régional des effectifs médicaux
PROS :	Plan régional d'organisation des services médicaux
PROSEM :	Plan régional d'organisation des services et des effectifs médicaux
RTSS :	Réseau de télécommunication sociosanitaire
UMF :	Unité de médecine familiale
VIH :	Virus de l'immunodéficience humaine

1.
Une démarche de consultation intégrée

La Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal entreprend une démarche visant à doter notre région d'un nouveau plan d'organisation des services pour la période allant du printemps 2003 au printemps 2006.

Ce plan intitulé « *La santé en actions* » identifiera les priorités d'action de la Régie en matière d'amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population montréalaise pour les trois prochaines années.

Avec le réseau et ses partenaires, la Régie doit identifier les solutions qui devront être mises en œuvre :

- pour permettre de prévenir, de guérir et de soigner plus efficacement;
- pour assurer l'accès au bon service, au bon endroit, au bon moment;
- pour réunir des médecins et des professionnels disponibles, compétents, bien outillés, motivés et suffisamment nombreux pour répondre aux besoins;
- pour utiliser de façon optimale les ressources du réseau montréalais.

Pour y arriver, nous sollicitons la contribution du milieu montréalais afin de bonifier les propositions initiales et bien cibler nos priorités, en fonction de leur importance pour la santé et le bien-être de la population et de notre capacité d'agir avec efficacité.

> **« *J'ai décidé d'être heureux parce que c'est bon pour la santé* »**
> **- Voltaire**
>
> **La santé :**
>
> **• état de bien-être complet sur le plan physique, mental et social et non simplement l'absence de maladie ou d'infirmité.**
> **- Organisation mondiale de la santé**
>
> **• capacité physique, psychique et sociale des personnes d'agir dans leur milieu et d'accomplir les rôles qu'elles entendent assumer d'une manière acceptable pour elles-mêmes et pour les groupes dont elles font partie.**
> **- Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2)**

Nous souhaitons qu'à travers « *La santé en actions* », la région de Montréal se donne une vision claire des objectifs prioritaires à poursuivre d'ici 2006 en matière de santé et de bien-être ainsi qu'un projet partagé autour des solutions à mettre en œuvre pour concrétiser cette vision.

1.1 UNE DÉMARCHE INTÉGRÉE

La Loi sur l'administration publique a introduit un nouveau cadre de gestion de l'administration gouvernementale dont la finalité est l'amélioration des services. Ce cadre repose sur trois objectifs :

- l'atteinte de résultats mesurés à partir d'objectifs préalablement fixés;
- la transparence par un exercice public qui traduit des engagements clairs envers la population;
- l'imputabilité par une reddition de compte devant l'Assemblée nationale.

Son application dans le domaine de la santé et des services sociaux a amené des amendements à la loi qui font que, dorénavant, le ministère de la Santé et des Services sociaux et les régies régionales doivent :

- se doter d'un plan stratégique triennal décrivant la mission, les clientèles, le contexte et les enjeux ainsi que leurs orientations stratégiques, leurs objectifs et les indicateurs de résultats en découlant;
- conclure des ententes de gestion ministère-régie et régie-établissements;
- produire un rapport annuel de gestion.

Plan stratégique	**346.1.**	**La régie régionale doit, après avoir pris avis du Forum de la population, soumettre au ministre, pour approbation, un plan stratégique triennal d'organisation de services. Ce plan doit indiquer les implications financières des mesures qu'il contient et tenir compte des ressources financières mises à la disposition de la régie régionale.**
Dépôt de plans	**347.**	**La régie régionale doit, conformément à son plan stratégique triennal d'organisation de services et en collaboration avec les établissements et les organismes communautaires de sa région, ainsi qu'avec les intervenants des secteurs d'activités ayant un impact sur la santé et les services sociaux, le cas échéant, élaborer et mettre en œuvre des plans d'organisation de services.**

- Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2)

Dans la même perspective, la nouvelle Loi sur la santé publique, adoptée en décembre 2001, prévoit qu'à partir du Programme national de santé publique, chaque régie régionale, par l'intermédiaire de sa Direction de santé publique, doit se doter, en concertation avec les CLSC, d'un Plan d'action montréalais en santé publique. Par la suite, chaque CLSC doit doter son territoire d'un plan local.

Plan stratégique	**11.**	**Les régies régionales doivent, en concertation notamment avec les établissements qui exploitent un centre local de services communautaires sur leur territoire, élaborer, mettre en œuvre, évaluer et mettre à jour régulièrement un plan d'action régional de santé publique.**

- Loi sur la santé publique (chapitre S-2.2)

Enfin, du côté des services médicaux, chaque régie doit élaborer :

- un plan régional d'organisation des services médicaux généraux et un plan d'effectifs;
- un plan régional d'organisation des services médicaux spécialisés et un plan d'effectifs.

Le plan stratégique et les plans sectoriels sont interdépendants. Pour favoriser la cohérence dans le choix des objectifs et des solutions prioritaires à Montréal, nous avons décidé d'intégrer le processus de consultation et de décision concernant ces divers plans en une seule démarche.

Le présent document de consultation contient l'ensemble des propositions relatives à l'organisation des services, au Plan d'action montréalais en santé publique et à l'organisation des services médicaux généraux et spécialisés.

En complément au document « *La santé en actions* » : Plan montréalais d'amélioration de la santé et du bien-être 2003-2006, trois documents sectoriels sont disponibles :

« *La prévention en actions* »	**Plan d'action montréalais en santé publique 2003-2006**
« *L'accès en actions* »	**Plan montréalais d'organisation des services médicaux généraux et des besoins en effectifs médicaux**
« *L'accès en actions* »	**Plan montréalais d'organisation des services médicaux spécialisés et des besoins en effectifs médicaux.**

Après les consultations qui auront lieu en février, mars et au début d'avril, ces plans seront adoptés par le conseil d'administration de la Régie régionale en juin 2003.

C'est aussi le conseil d'administration de la Régie régionale qui, après avoir pris avis du Forum de la population, adoptera le Plan montréalais d'amélioration de la santé et du bien-être 2003-2006. Ces plans seront soumis au ministre de la Santé et des Services sociaux pour approbation.

Par la suite, conformément à son Plan stratégique d'organisation des services (PROS), la Régie régionale élaborera et mettra en œuvre des plans d'organisation des services dans des domaines particuliers. Dans le même esprit, l'adoption du Plan d'action montréalais en santé publique sera suivie par l'adoption d'un plan local pour chaque CLSC.

En fin de parcours, Montréal sera doté de plans régionaux qui auront un impact déterminant sur :

- les priorités d'allocation des ressources;
- les priorités à prévoir dans les ententes de gestion à venir entre la Régie régionale et le ministère et entre la Régie régionale et les établissements;
- les projets prioritaires à mener avec nos partenaires régionaux.

Pour assurer la plus grande cohérence possible dans la prise de décision, le conseil d'administration a créé un comité de planification et d'évaluation.

Composition du comité de planification et d'évaluation :

Mme Ann Langley, présidente du comité

Mme Clémence B.-Mallette

Dr Lise Cusson

M. Claude Gagnon

Dr Victor C. Goldbloom

M. Réginald Lavertu

M. David Levine

Mme Josée Prud'homme

Mme Renée Voisard

Mme Kathleen Weil

M. Louis Côté

Mandat :

- Recommander au conseil d'administration, pour adoption, le plan stratégique triennal d'organisation des services;
- Étudier les recommandations de la Commission médicale régionale (CMR) et du Département régional de médecine générale (DRMG) sur les plans d'effectifs médicaux et soumettre ses commentaires au conseil d'administration;
- Recommander, après évaluation de leur conformité au plan stratégique triennal, les plans régionaux d'organisation des services ainsi que les plans d'effectifs;
- Recommander au conseil d'administration, pour adoption, le plan d'action montréalais en santé publique et les plans locaux ;
- Analyser les recommandations des commissions régionales relatives aux plans régionaux et recommander au conseil d'administration les suites à donner, le cas échéant;
- Analyser les recommandations du Forum des partenaires montréalais en santé publique concernant les plans régionaux et recommander au conseil d'administration les suites à donner, le cas échéant;
- Recommander au conseil d'administration un processus d'implantation et d'évaluation des plans régionaux;
- Faire des recommandations visant à assurer la cohérence entre les ententes de gestion et les plans régionaux;
- Analyser les recommandations du Forum de la population, du Commissaire régional à la qualité et du Protecteur des usagers et recommander au conseil d'administration les suites à donner, le cas échéant;
- Analyser le rapport annuel sur l'état de santé de la population montréalaise de la Direction de santé publique et proposer les orientations qui en découlent;
- Analyser les rapports d'évaluation des plans régionaux et faire les recommandations appropriées au conseil d'administration;
- Faire rapport régulièrement, au conseil d'administration, des progrès dans l'implantation des mesures prévues dans les plans régionaux et recommander les ajustements requis, le cas échéant.

De plus, il a été décidé d'intégrer et de synchroniser l'échéancier des consultations et des prises de décision :

	Décembre 2002 Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin 2003
La santé en actions : Plan montréalais d'amélioration de la santé et du bien-être 2003-2006	Diffusion du Bilan et enjeux suite au plan 1998-2002	Lancement de la consultation	Consultations	Consultations	Révision	Adoption
La prévention en actions : Plan d'action montréalais en santé publique 2003-2006	Diffusion du rapport : annuel La santé urbaine	Lancement et diffusion du document de consultation	Consultations	Consultations	Révision	Adoption
L'accès en actions : Plan montréalais d'organisation des services médicaux généraux et des besoins en effectifs médicaux	Adoption du projet par le comité de direction du DRMG	Consultations Diffusion du projet proposé par le comité de direction du DRMG	Consultations	Consultations	Révision	Adoption
L'accès en actions : Plan montréalais d'organisation des services médicaux spécialisés et des besoins en effectifs médicaux	Adoption de l'avis de la Commission médicale régionale	Diffusion de l'avis	Consultations	Consultations	Révision	Décision

1.2 UNE CONSULTATION INTERACTIVE

La démarche de consultation constitue un élément-clé de notre exercice de planification stratégique. Elle vise à permettre aux acteurs du réseau, aux comités d'usagers et à nos partenaires de s'approprier les enjeux auxquels nous sommes confrontés en matière de santé et de services sociaux, d'étudier les solutions et les priorités proposées, de les commenter et, surtout, de les bonifier.

Nous espérons que le résultat, notre plan stratégique 2003-2006 « *La santé en actions* », devienne un projet partagé par tous ceux qui, à Montréal, peuvent contribuer à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population. Nous souhaitons que la consultation qui s'amorce suscite la mobilisation des personnes et des groupes qui ont la capacité d'agir et qu'elle favorise leur implication dans la mise en œuvre des meilleures solutions possibles pour la population montréalaise.

Dans cette perspective, la préparation des propositions et des documents qui servent de base à la consultation s'est faite d'une façon plus participative que lors des planifications précédentes.

Ainsi, le projet de Plan montréalais d'organisation des services médicaux généraux et des besoins en effectifs (PROSEM) a été élaboré par un comité du Département régional de médecine générale et approuvé par le comité de direction du Département en décembre dernier. Ce sont donc des médecins omnipraticiens eux-mêmes qui ont élaboré les propositions dans ce domaine.

Composition du comité PROSEM du Département régional de médecine générale

Dr Louise Authier, présidente

Dr Mark Roper, vice-président

Dr Serge Dulude, chef du DRMG

Dr Jean-Pierre Guay

Dr Benoit Deschamps

Dr Michel Bichal

Dr Benoit Poulin

Dr Jean Cloutier

Dr Louis-Georges Perreault

Le projet de Plan montréalais d'organisation des services médicaux spécialisés et des besoins en effectifs médicaux a été élaboré par un comité de médecins mandaté par la Commission médicale régionale qui a adopté le document transmis comme avis à notre conseil d'administration en décembre 2002.

Composition du comité PROSEM de la Commission médicale régionale

Dr Sam Benaroya, président

Dr Robert Amyot

Dr Charles Bellavance

Dr Jacques Provost

Dr Martin Juneau

Dr Pierre Masson

Dr Stéphane P. Ahern

Dr Fernand Laurendeau

Dr Louise Authier

Dr Ewa Sidorowicz

Dr Louis Bouchard

Dr Lise Cusson

Dr Jean Cloutier

Dr Guy Legros

Enfin, la proposition de Plan d'action montréalais en santé publique, *« La prévention en actions »*, a été élaborée par un comité directeur formé de personnes provenant de la Direction de santé publique, de la Direction de l'information et de la planification, du Département régional de médecine générale ainsi que de représentants des CLSC de la région de Montréal.

Composition du comité directeur en santé publique :

Dr John Carsley, Direction de santé publique

Dr Irma Clapperton, Direction de santé publique

Louis Coté, Direction de l'information et de la planification

Michèle Doyon, Regroupement des CLSC

Dr Louis Drouin, Direction de santé publique

Dr Serge Dulude, Département régional de médecine générale

Jacques Durocher, Direction de santé publique

Hélène Gobeil, CLSC St-Léonard

Marie-Claire Laurendeau, Direction de santé publique

Mariette Le Brun-Bohémier, CLSC Pierrefonds

Dr Richard Lessard, Direction de santé publique

Michel Mongeon, Direction de santé publique

Jean-Pierre Perreault, CLSC Hochelaga-Maisonneuve

Louis-Paul Thauvette, CLSC St-Henri

Les éléments-clés de ces trois plans sectoriels sont intégrés dans le présent document.

1.3 DES DÉCIDEURS À L'ÉCOUTE

La consultation sera menée par le président-directeur général de la Régie régionale, monsieur David Levine, avec des membres du comité du conseil d'administration sur la planification et l'évaluation. Ce sont eux qui recevront les avis et les commentaires qui émaneront des différents milieux participants à la consultation. Le président-directeur général sollicitera l'avis du Forum de la population, nouvelle instance régionale mise sur pied suite à la réforme de la gouverne du réseau. Ainsi, les commentaires provenant des comités d'usagers, des citoyens et des citoyennes seront analysés par le Forum de la population qui les intégrera dans ses avis sur les plans régionaux.

Forum de la population

- Le Forum est constitué de 15 à 20 membres désignés par le conseil d'administration de la Régie régionale à partir des propositions émanant des organismes socio-économiques identifiés par le Conseil régional de développement de l'île de Montréal.
- Le Forum est responsable envers le conseil d'administration :
  - d'assurer la mise en place de différents modes de consultation de la population sur les enjeux de santé et de bien-être;
  - de formuler des recommandations sur les moyens à implanter pour améliorer la satisfaction de la population à l'égard des services de santé et des services sociaux disponibles et pour mieux répondre aux besoins en matière d'organisation de ces services;
  - de formuler un avis à la Régie régionale sur ses projets de Plan stratégique triennal d'organisation des services et de Plan d'action montréalais en santé publique.

À la fin de l'exercice de consultation et après l'analyse des résultats, le comité de planification et d'évaluation recommandera au conseil, pour adoption, le Plan stratégique d'organisation des services ainsi que le Plan d'action montréalais en santé publique pour les années 2003-2006.

1.4 DES ACTIVITÉS DE CONSULTATION ADAPTÉES AUX DIFFÉRENTS PUBLICS ET AUX DIFFÉRENTS PLANS RÉGIONAUX

Le choix des moyens de consultation a été guidé par la volonté de favoriser l'expression du plus grand nombre de personnes, de groupes et d'institutions.

Certains moyens ont été prévus de façon à réunir les acteurs régionaux et les partenaires qui sont directement interpelés par les solutions proposées et dont la contribution est essentielle à l'atteinte des objectifs visés pour améliorer la santé et le bien-être de la population montréalaise.

Dans le cas du Plan d'organisation des services médicaux généraux, et afin de rejoindre le plus largement possible les 2 190 médecins omnipraticiens de Montréal, il est prévu d'organiser des groupes témoins représentatifs des médecins, d'échanger avec les membres lors de l'assemblée générale annuelle et enfin, de recueillir leurs avis par voie écrite ou électronique.

Enfin, en ce qui concerne l'avis de la Commission médicale régionale sur le Plan montréalais d'organisation des services médicaux spécialisés, les conseils des médecins, dentistes et pharmaciens, les directeurs des services professionnels, le Collège et les associations professionnelles, de même que les deux facultés de médecine, seront consultés de façon spécifique.

Les commissions régionales (médicale, infirmière, multidisciplinaire) seront informées et consultées dans le cadre de leurs réunions régulières.

PARTICIPATION ET CONSULTATION : QUI, OÙ, QUAND, COMMENT ?

Pour les citoyens et citoyennes de Montréal, les regroupements d'établissements, les regroupements d'organismes communautaires, les associations régionales médicales, les syndicats régionaux, les groupes représentatifs de la population, les organismes socio-économiques ou tout autre organisation régionale intéressée.

▸ Avis écrits avec ou sans audience publique

Les regroupements, associations ou organisations régionales intéressés peuvent soumettre un avis écrit. Il leur sera alors possible de le présenter en audience publique ou de l'envoyer pour étude sans autre forme de présentation. La formule des audiences publiques est particulièrement pertinente pour les groupes communautaires et les organisations à portée régionale. Un avis de consultation invitant les groupes à s'inscrire à l'avance paraîtra dans les quotidiens, un mois précédant la tenue des audiences.

Procédure

Inscription à l'avance :
Les participants aux audiences publiques doivent s'inscrire avant le 10 avril 2003 auprès de la Régie régionale en téléphonant au numéro : (514) 286-6500, poste 5612.

Avis écrits

Les organismes qui désirent présenter leur avis en audience publique devront faire parvenir 15 copies de leur document à la Régie régionale avant le 10 avril 2003. Les avis écrits doivent être accompagnés d'un résumé de 2 pages. Si l'avis ne dépasse pas 10 pages, le résumé est facultatif.

Tous les avis écrits doivent être disponibles en format électronique. Ils seront déposés sur le site Internet de la Régie régionale sous la rubrique Planification stratégique 2003-2006 « *La santé en actions* ».

Consultation - Audiences publiques

Service des communications
Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal
3725, rue St-Denis
Montréal (Québec) H2X 3L9

Adresse Internet pour l'envoi électronique des avis écrits

lise_latourelle@ssss.gouv.qc.ca

Dates et lieu

22, 23 et 24 avril 2003
De 9 h à 21 h
Holiday Inn Midtown, Salle Ambassadeur - 420, rue Sherbrooke ouest, Montréal (Québec)

Durée des présentations

15 minutes sont allouées à chacun des participants. Ces derniers disposent de 10 minutes pour présenter leur avis et de 5 minutes pour répondre aux questions du comité.

Tous les avis provenant des Montréalaises et des Montréalais seront acheminés au Forum de la population pour être pris en compte dans la préparation de ses avis. De plus, une plage est réservée à la population montréalaise qui désire se faire entendre aux audiences publiques.

Pour les établissements, les cliniques médicales, les gestionnaires, les professionnels et les médecins appelés à travailler en réseau.

Forum interactif sur l'intégration des services

Certains des objectifs soumis à la consultation visent à mobiliser les partenaires, à susciter leur adhésion et à renforcer leur engagement. Cela dit, plusieurs actions découlant du plan nécessiteront non seulement leur engagement, mais aussi leur mise en réseau afin d'assurer la continuité et l'optimisation des services offerts par divers partenaires à une même clientèle ou autour d'enjeux complémentaires. Cela prend tout son sens notamment dans les secteurs des services de santé physique, des services jeunesse, et de la santé mentale.

Procédure

Des intervenants de divers établissements ayant un rôle de décideurs ou de professionnels directement touchés par les enjeux reliés aux réseaux de services intégrés seront invités à participer à une journée de consultation. Un cahier de participation consenant des propositions d'amélioration et des histoires de cas leur sera remis afin de guider la réflexion. Le cahier de participation contiendra des thématiques de continuité inspirées du projet de Plan stratégique 2003-2006 et des cas conçus avec la participation de médecins et de professionnels dans les établissements, illustreront ces thématiques.

Lors de l'événement, les participants seront conviés par secteur d'intérêt (santé physique, jeunesse, santé mentale) à discuter d'un ou de plusieurs cas pertinents (nombre de petits groupes à déterminer selon le nombre de participants) ainsi qu'à tirer des conclusions et à formuler des recommandations. Chaque secteur se retrouvera en mini-plénière pour voter de façon interactive sur les recommandations.

En fin de journée, une plénière permettra d'identifier les avenues similaires ou convergentes qui pourront être retenues pour bonifier les solutions proposées à l'amélioration de l'intégration des services.

Date et lieu

2 avril 2003
De 9 h à 17 h
Centre de congrès Renaissance, Salon Botticelli - 7550, boul. Henri-Bourassa est, Montréal (Québec)

Pour les représentants des comités d'usagers des centres jeunesse, centres d'hébergement et de soins de longue durée, centres de réadaptation, CLSC et hôpitaux.

Forum de consultation des comités d'usagers

Il existe 114 comités d'usagers dans les établissements du réseau montréalais de la santé et des services sociaux. Les représentants de ces comités seront consultés sur les propositions contenues dans le document de consultation du Plan montréalais d'amélioration de la santé et du bien-être 2003-2006 lors d'un forum d'une demi-journée. Cette formule éprouvée répond bien aux attentes des personnes invitées et permet de discuter des propositions dans un contexte propice aux échanges.

Procédure

Les présidentes et présidents des comités d'usagers recevront une invitation à participer au Forum de consultation, accompagnée des documents de consultation et des questionnaires de propositions nécessaires à la réflexion. Les personnes déléguées par leur comité devront s'inscrire à l'avance auprès de la Régie régionale. Les ateliers seront suivis d'une plénière au cours de laquelle seront mises en commun les recommandations des participants.

Date et lieu

31 mars 2003
De 9 h à 14 h
Hôtel Holiday Inn Select, Salle de bal - 99, avenue Viger ouest, Montréal (Québec)

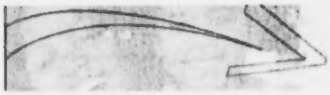
Pour les directeurs généraux, les présidents de conseil d'administration et les équipes de direction.

Rencontres sous-régionales

Avant le début des consultations, le président-directeur général a rencontré les directeurs généraux et les équipes de direction des établissements. Une deuxième journée permettra d'informer les établissements des grandes tendances qui se sont dégagées au cours de la consultation et d'échanger, dans un contexte interétablissements, sur le projet de Plan stratégique 2003-2006.

Date et lieux

Ces rencontres se tiendront dans un établissement de chacune des sous-régions. Les dates sont à déterminer.



Pour les directeurs généraux, les directeurs des services professionnels et les directeurs de services.

Atelier thématique sur la disponibilité de la main-d'œuvre

Sommes-nous en mesure d'atteindre les objectifs que nous nous sommes fixés avec les ressources et la main-d'œuvre dont nous disposons actuellement à Montréal ?

Cet atelier a pour objectif de consulter des acteurs en ressources humaines, notamment des gestionnaires d'établissements, sur les propositions régionales en matière de main-d'œuvre. Le but recherché est de trouver des solutions afin d'améliorer la santé de nos organisations en matière de ressources humaines. Les propositions étudiées toucheront des thèmes tels l'organisation du travail, la gestion de la présence au travail et la disponibilité des ressources humaines à Montréal.

Procédure

Les participants à cet atelier seront invités par la Régie régionale à se prononcer, en petits groupes, sur les propositions contenues dans le document « *La santé en actions* » et à suggérer les meilleures pistes de solutions pour disposer d'une main-d'oeuvre disponible, en nombre suffisant et améliorer la santé de nos organisations au plan des ressources humaines.

Date et lieu

4 avril 2003
de 9 h 30 à 15 h
Hôtel Holiday Inn Select, Salle de bal - 99, avenue Viger ouest, Montréal (Québec)

Pour les membres du Forum montréalais des partenaires en santé publique.

Forum montréalais des partenaires en santé publique

Le Forum montréalais des partenaires en santé publique, créé par le Conseil régional de développement de l'Île de Montréal (CRDIM) et la Direction de santé publique, représente les différents milieux constitués par les collèges CRDIM auxquels s'ajoutent des représentants de milieux essentiels à l'atteinte des objectifs du Plan d'action montréalais en santé publique. Le Forum a, entre autres mandats, celui de mettre en œuvre les stratégies de communication et de mobilisation intersectorielles nécessaires à l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi du Plan d'action montréalais en santé publique. Aussi, dans le cadre de la démarche de consultation et de participation, le Forum parrainera une consultation en trois volets sur le Plan d'action montréalais en santé publique.

1. Le premier volet de la consultation est constitué d'ateliers thématiques autour des axes d'intervention définis dans la proposition d'action de la santé publique. Les membres du Forum sont appelés à participer à des échanges et des débats sur des thèmes choisis afin d'assurer une mobilisation et l'adhésion des partenaires sur ces questions.
2. Les audiences publiques et l'envoi d'avis écrits, organisés par la Régie régionale dans le cadre de sa démarche de consultation, représentent le deuxième volet de la consultation. Les organismes représentés au sein du Forum des partenaires en santé publique peuvent, s'ils le désirent, présenter un avis écrit sur des propositions émanant du document de consultation du Plan d'action montréalais en santé publique et/ou du document de consultation du Plan montréalais d'amélioration de la santé et du bien-être.
3. Le dernier volet de la consultation prend la forme d'une rencontre régionale, à laquelle participent les membres du Forum des partenaires en santé publique afin d'intégrer l'ensemble de ce qui aura été discuté lors des étapes antérieures de la consultation. À l'issue de la consultation, le Forum des partenaires en santé publique transmettra son avis au comité de planification et d'évaluation du conseil d'administration de la Régie.

Pour les leaders du réseau et les partenaires régionaux dont les commissions scolaires, les collèges, les universités, les groupes d'experts et la Ville de Montréal.

Rencontres bilatérales d'information et de consultation

Des rencontres d'information avec des partenaires-clés seront organisées par le président-directeur général de la Régie afin de leur faire connaître les orientations majeures de la planification stratégique régionale.

Ces rencontres offriront aux participants l'occasion de donner leur avis sur le Plan d'action montréalais en santé publique et le Plan montréalais d'amélioration de la santé et du bien-être. Cette démarche vise à faciliter et à susciter des ententes de partenariat fructueuses entre la Régie et ses partenaires.

Procédure

Le président-directeur général sollicitera une rencontre avec les leaders des différents milieux afin de leur exposer la démarche et les enjeux de planification stratégique. Une deuxième rencontre sera organisée par la suite pour discuter plus précisément des objectifs, des actions et des modes de collaboration.

Pour les employés du réseau, les médecins ou toute personne intéressée.

Des moyens électroniques de consultation

Tous les documents de consultation ainsi que des questionnaires permettant de recueillir les bonnes idées et les commentaires seront accessibles sur le site Internet de la Régie régionale au **www.santemontreal.qc.ca**

Tous les avis provenant des Montréalais et des Montréalaises seront acheminés au Forum de la population pour être pris en compte dans la préparation de ses avis.

TABLEAU RÉCAPITULATIF DES ACTIVITÉS DE CONSULTATION SUR LE PLAN MONTRÉALAIS D'AMÉLIORATION DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE 2003-2006

LA SANTÉ EN ACTIONS

Participants	Activités	Lieux	Dates (2003)
> Groupes représentatifs de la population > Citoyens et citoyennes de Montréal	Avis écrits Audiences publiques	Hôtel Holiday Inn Midtown 420, rue Sherbrooke ouest Montréal (Québec) Salle Ambassadeur	22, 23 et 24 avril de 9 h à 21 h
> Regroupement des groupes communautaires > Syndicats régionaux, associations régionales médicales, regroupements d'établissements et organismes socio-économiques	Avis écrits et audiences publiques Rencontres bilatérales	Hôtel Holiday Inn Midtown 420, rue Sherbrooke ouest Montréal (Québec) Salle Ambassadeur	22, 23 et 24 avril de 9 h à 21 h
> Membres du conseil des partenaires du CRDIM	Ateliers thématiques	Centre St-Pierre 1212, rue Panet Montréal (Québec)	11, 12, 19, 26 mars
	Audiences publiques	Hôtel Holiday Inn Midtown 420, rue Sherbrooke ouest Montréal (Québec) Salle Ambassadeur	22, 23 et 24 avril
	Rencontre		Début mai
> Membres des commissions régionales concernées (CMR, CIR, CMUR) > Membres du Forum de la population	Rencontres d'information et rencontres de consultation	Régie régionale	Mi-mars
> Ville de Montréal > Milieu universitaire et groupes d'experts > Milieu de l'éducation	Rencontres bilatérales d'information et de consultation	Régie régionale ou chez les partenaires	Février-mars
> Employés du réseau	Moyens électroniques de consultation Avis écrits	Courriel www.santemontreal.qc.ca	
	Forum interactif *l'intégration des services : santé physique, santé mentale, jeunesse*	Centre de congrès Renaissance 7550, boul. H.-Bourassa E. Montréal (Québec) Salon Boticelli	2 avril de 9 h à 17 h
> Gestionnaires du réseau (directeurs généraux, directeurs des services professionnels, directeurs des services)	Atelier thématique sur la disponibilité de la main-d'œuvre	Holiday Inn Select 99, avenue Viger ouest Montréal (Québec) Salle de bal	4 avril 9 h30 à 15 h
> Représentants des comités d'usagers des centres d'hébergement et de soins de longue durée, des centres jeunesse, des centres de réadaptation, des CLSC et des hôpitaux	Forum de consultation des comités d'usagers	Holiday Inn Select 99, avenue Viger ouest Montréal (Québec) Salle de bal	31 mars de 9 h à 14 h
> Gestionnaires et professionnels des établissements, médecins en clinique médicale appelés à travailler en réseau, organismes communautaires	Forum interactif *l'intégration des services : santé physique, santé mentale, jeunesse*	Centre de congrès Renaissance 7550, boul. H.-Bourassa E. Montréal (Québec) Salon Boticelli	2 avril de 9 h à 17 h
> Directeurs généraux, présidents de c.a., équipes de direction	Rencontres sous-régionales	Dans un établissement de chacune des sous- région	À déterminer

2.
Mission et engagements

2.1 LA MISSION

Le réseau montréalais de la santé et des services sociaux comprend plus de 140 établissements, 435 cabinets ou cliniques médicales ainsi que 530 organismes communautaires subventionnés par la Régie. Près de 90 000 personnes y travaillent quotidiennement, dont 3 200 médecins spécialistes, 2 190 omnipraticiens, 18 200 infirmières, 1 200 travailleurs sociaux et 8 000 autres professionnels.

Avec un budget annuel de près de 4 milliards de dollars, ce réseau complexe et diversifié doit répondre aux besoins tout aussi complexes et diversifiés des Montréalais et des Montréalaises en matière de santé et de services sociaux. En raison de la présence de 4 des grandes universités québécoises et de nombreux établissements à mission universitaire, le réseau montréalais offre également un large éventail de services ultraspécialisés à la population des autres régions du Québec, ainsi que des milieux de formation à une forte proportion des médecins et des professionnels de la santé qui oeuvreront sur l'ensemble du territoire québécois.

Dans ce contexte, la présence et le leadership de la Régie de Montréal sont à la fois essentiels et incontournables pour assurer l'intégration et la continuité des services, de même que la cohérence des interventions des établissements, des professionnels, des groupes et des organisations participant à l'offre de services à Montréal.

À la lumière de ce qui précède, et compte tenu des changements apportés à la gouverne du réseau sociosanitaire, la Régie a procédé à la mise à jour de son énoncé de mission et en propose une nouvelle version.

Énoncé de mission

Essentiellement vouée à l'amélioration de la santé et du bien-être des Montréalais et des Montréalaises, la Régie a pour mission de :

- évaluer l'état de santé et de bien-être de la population;
- identifier les besoins et définir l'offre de services sur le territoire;
- initier, guider et participer aux efforts de prévention;
- assurer l'intégration et la cohérence des services et des soins sur son territoire;
- faciliter l'accès aux services et la continuité des soins;
- susciter la participation de la population à la gestion du réseau;
- soutenir et coordonner le développement des réseaux universitaires dans les différents volets de leur mission;
- évaluer et rendre compte de l'impact des interventions sur la santé et le bien-être de la population.

2.2 NOS ENGAGEMENTS

Dans la réalisation de sa mission, la Régie s'engage à :

- favoriser le développement, le renforcement et l'autonomie des individus et des collectivités;
- agir dans le respect de la population, des membres du réseau et de ses partenaires;
- travailler de concert avec le réseau et avec ses partenaires;
- fonder ses décisions sur la recherche de l'équité et du bien collectif;
- faire preuve de transparence et d'ouverture;
- valoriser et encourager le développement des compétences des personnes qui oeuvrent au sein du réseau;
- optimiser l'utilisation des ressources du réseau montréalais;
- soutenir les efforts d'amélioration et la recherche de l'excellence.

3.
La région de Montréal

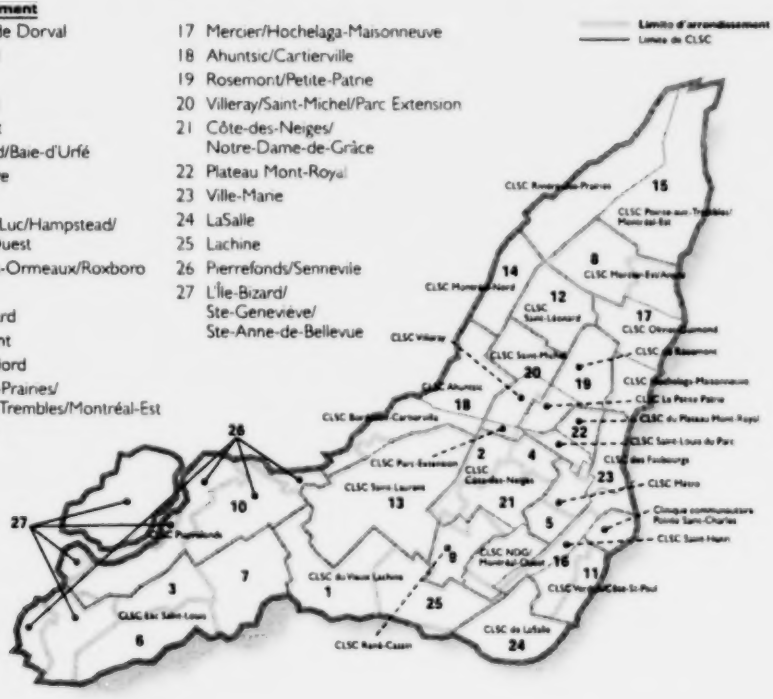
3.1 MONTRÉAL EN 2002

Depuis janvier 2002, l'Île de Montréal forme une seule municipalité, Montréal. Celle-ci résulte de la fusion des 29 villes qui constituaient, jusqu'à cette date, la région de Montréal. Avec une population de 1,8 million d'habitants et couvrant une superficie de 494 km², la nouvelle ville de Montréal est la plus populeuse du Québec et le plus important pôle économique de la province.

Les francophones forment la majorité de la population (57 %) alors que le quart de la population est anglophone et un peu moins du cinquième est allophone (18 %). Un nombre croissant d'immigrants choisissent de s'installer à Montréal. Selon les données de 2001, plus de 30 000 immigrants - soit près de 80 % des immigrants au Québec - projetaient de s'établir dans la région.

Les 27 arrondissements de l'Île de Montréal

N°	Arrondissement
1	Dorval/Île de Dorval
2	Mont-Royal
3	Kirkland
4	Outremont
5	Westmount
6	Beaconsfield/Baie-d'Urfé
7	Pointe-Claire
8	Anjou
9	Côte-Saint-Luc/Hampstead/ Montréal-Ouest
10	Dollard-des-Ormeaux/Roxboro
11	Verdun
12	Saint-Léonard
13	Saint-Laurent
14	Montréal-Nord
15	Rivière-des-Prairies/ Pointe-aux-Trembles/Montréal-Est
16	Sud-Ouest
17	Mercier/Hochelaga-Maisonneuve
18	Ahuntsic/Cartierville
19	Rosemont/Petite-Patrie
20	Villeray/Saint-Michel/Parc Extension
21	Côte-des-Neiges/ Notre-Dame-de-Grâce
22	Plateau Mont-Royal
23	Ville-Marie
24	LaSalle
25	Lachine
26	Pierrefonds/Senneville
27	L'Île-Bizard/ Ste-Geneviève/ Ste-Anne-de-Bellevue



Montréal est aujourd'hui constituée de 27 arrondissements correspondant aux limites des municipalités fusionnées et aux anciens arrondissements de la ville. Si l'on compare les 27 arrondissements de la ville aux 29 territoires de CLSC, seuls trois territoires se superposent parfaitement, soit Montréal-Nord, St-Léonard et LaSalle. Ailleurs, l'action du CLSC couvre plus d'un arrondissement ou, au contraire, une partie seulement de l'arrondissement, comme à Pierrefonds; dans d'autres cas, Parc Extension, Villeray et St-Michel par exemple, plusieurs CLSC agissent sur le territoire d'un même arrondissement.

À l'échelle régionale ou à celle des arrondissements, la Ville de Montréal est l'un des principaux partenaires de la Régie régionale, avec qui elle établit de nombreuses et fructueuses ententes de partenariat.

Au sortir du Sommet de Montréal 2002, la Ville de Montréal a lancé des chantiers et identifié des projets à réaliser en priorité. La Régie régionale est interpelée sur plusieurs de ces chantiers.

Les grands dossiers de partenariat avec la Ville de Montréal

1. Violence
2. Itinérance
3. Prostitution
4. Abus et mauvais traitements, agressions sexuelles
5. Promotion et prévention
6. Services de garde à l'enfance
7. Femmes et développement régional
8. Jeunesse et jeunes de la rue
9. Loisirs
10. Décrochage scolaire
11. Aînés de Montréal, Table de concertation
12. Logements sociaux
13. Transport adapté
14. Action intersectorielle et développement social
15. Sécurité alimentaire
16. Mesures d'urgence et sécurité civile : situations de crise, services aux personnes sinistrées, urgences environnementales
17. Qualité de l'air
18. Sols contaminés
19. Qualité de l'eau potable
20. Intoxications
21. Récupération de seringues
22. Accès aux services de santé et entente avec la Société de transport de Montréal (STM)

Liste des chantiers sur lesquels la Régie régionale est interpelée

- Vaincre la pauvreté
- L'équité et l'accessibilité
- Le soutien à la vie de la communauté
- L'amélioration et le développement de l'habitat
- Le renforcement du dynamisme culturel, des capacités d'innovation, de création et de savoir
- Le développement des infrastructures stratégiques de transport
- La gestion intégrée de l'environnement
- Une vision intégrée pour un développement urbain durable
- Un environnement urbain sécuritaire
- Les sports et les loisirs

De plus, à la suite de la signature du Contrat de ville avec le gouvernement du Québec, Montréal est appelée à jouer un rôle accru en matière de développement social et communautaire et de protection de l'environnement dans une perspective de développement durable.

La Régie doit redéfinir son partenariat avec la Ville pour tenir compte de ce nouveau contexte. Montréal compte des quartiers moins attrayants où l'exclusion sociale, l'appauvrissement du milieu et la dégradation de l'habitat se sont installés. Aussi, la Ville de Montréal a identifié certaines zones, qualifiées de zones prioritaires d'intervention, qui justifient un effort spécifique et complémentaire de l'État et de la Ville, que ce soit en matière d'aménagement urbain et de logement, d'équipements publics, de développement social, d'éducation et d'emploi. Une attention particulière devra être portée à ces zones prioritaires d'intervention qui feront l'objet d'une approche d'intervention territoriale multisectorielle et intégrée.

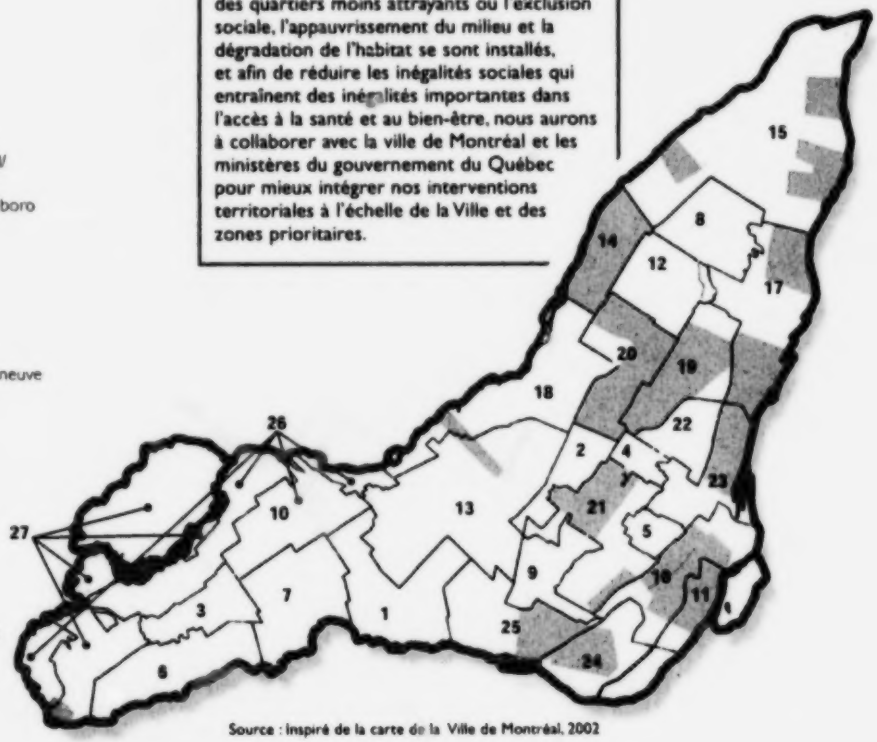
Zones prioritaires d'intervention concertée et de revitalisation urbaine

N°	Arrondissement
1	Dorval/Île de Dorval
2	Mont-Royal
3	Kirkland
4	Outremont
5	Westmount
6	Beaconsfield/Baie-d'Urfé
7	Pointe-Claire
8	Anjou
9	Côte-Saint-Luc/Hampstead/ Montréal-Ouest
10	Dollard-des-Ormeaux/Roxboro
11	Verdun
12	Saint-Léonard
13	Saint-Laurent
14	Montréal-Nord
15	RDP/PAT/Montréal-Est
16	Sud-Ouest
17	Mercier/Hochelaga-Maisonneuve
18	Ahuntsic/Cartierville
19	Rosemont/Petite-Patrie
20	Villeray/Saint-Michel/ Parc Extension
21	Côte-des-Neiges/NDG
22	Plateau Mont-Royal
23	Ville-Marie
24	LaSalle
25	Lachine
26	Pierrefonds/Sennevile
27	L'Île-Bizard/Ste-Geneviève/ Ste-Anne-de-Bellevue

Qu'est-ce que c'est ?

Approche d'intervention territoriale multisectorielle et intégrée

Afin d'améliorer significativement la situation des quartiers moins attrayants où l'exclusion sociale, l'appauvrissement du milieu et la dégradation de l'habitat se sont installés, et afin de réduire les inégalités sociales qui entraînent des inégalités importantes dans l'accès à la santé et au bien-être, nous aurons à collaborer avec la ville de Montréal et les ministères du gouvernement du Québec pour mieux intégrer nos interventions territoriales à l'échelle de la Ville et des zones prioritaires.



Source : Inspiré de la carte de la Ville de Montréal, 2002

3.2 NOS PARTENAIRES RÉGIONAUX

Nos partenaires régionaux

Afin de répondre le mieux possible aux attentes et aux besoins des Montréalaises et des Montréalais, la Régie régionale développe et entretient des ententes de partenariat avec différents groupes œuvrant sur son territoire. Ces partenaires apportent une contribution unique, par la spécificité de leur domaine de compétence, et indispensable pour offrir des services adaptés aux besoins.

Des partenaires majeurs, impliqués dans le réseau montréalais de la santé et des services sociaux : le Conseil régional de développement de l'Île de Montréal et la Conférence administrative régionale

La Régie régionale est membre du Conseil régional de développement de l'Île de Montréal dont le mandat est de favoriser la concertation entre les intervenants dans le développement de Montréal. Le CRDIM travaille notamment à faciliter la convergence des compétences et des expertises des acteurs des différents milieux engagés dans le développement de la région. Il regroupe des représentants des milieux syndical, communautaire, de l'éducation, de la santé et des services sociaux, des affaires, de la population, des arts et de la culture ainsi que des représentants des élus municipaux et provinciaux.

La Conférence administrative régionale (CAR), dont fait partie la Régie régionale, est un lieu de concertation et d'harmonisation de tous les ministères provinciaux. Son rôle est de promouvoir une vision intégrée et cohérente de l'action gouvernementale à Montréal dans ses dimensions économique, sociale et culturelle. La CAR est formée de

représentants de tous les ministères dont l'action a une incidence sur le développement de la région. La Régie régionale entretient cependant des relations plus soutenues avec un certain nombre d'entre eux, notamment les ministères des Affaires municipales et de la Métropole, de l'Emploi et de la Solidarité sociale, de l'Éducation, de la Famille et de l'Enfance, et de la Sécurité publique.

Le milieu montréalais de l'éducation[1]

Le milieu montréalais de l'éducation est complexe et les interventions en santé et en services sociaux sont nombreuses et variées. On y trouve 520 600 élèves qui fréquentent, des 746 établissements d'enseignement. De ce nombre, 607 sont des établissements d'éducation préscolaire et d'enseignement primaire et secondaire et 446 sont des écoles publiques appartenant à l'une ou l'autre des cinq commissions scolaires linguistiques présentes à Montréal.

Nombre d'établissements d'enseignement dans la région de Montréal, selon l'ordre d'enseignement et la langue d'enseignement, en 1998-1999

	Français	Anglais	Français et anglais	Total
Primaire	289	93	9	391
Secondaire	93	54	7	154
Primaire et secondaire	28	28	6	62
Centres de formation professionnelle	32	5	7	44
Centres d'éducation aux adultes	9	6	17	32
Secondaire et collégial	6	1	0	7
Collégial	24	6	19	49
Universités et constituantes	5	2	0	7
Total	**486**	**195**	**65**	**746**
Rapport « Langue » sur « Total »	65,1 %	26,1 %	8,7 %	100 %

Source : Ministère de l'Éducation, Direction de la coordination régionale, avril 1999

Effectifs de la formation générale des jeunes, selon l'ordre d'enseignement et la langue d'enseignement, dans l'Île de Montréal, en 1998-1999

	ÎLE DE MONTRÉAL						LE QUÉBEC
	Français		Anglais		Total		% d'élèves étudiant en anglais
	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	
Éducation préscolaire	18 698	77,4 %	5 469	22,6 %	24 167	100 %	9,6 %
Primaire	87 643	74,0 %	30 810	26,0 %	118 453	100 %	10,5 %
Secondaire	70 890	73,8 %	25 219	26,2 %	96 109	100 %	10,0 %
Total	**177 231**	**74,2 %**	**61 498**	**25,8 %**	**238 729**	**100 %**	**10,2 %**

Source : Ministère de l'Éducation, Direction des statistiques et des études quantitatives, (21 mai 1999).

1 | Portrait régional de l'éducation- Région de Montréal, Ministère de l'Éducation, Direction régionale de Montréal, édition 2000

Le milieu universitaire

Véritable pôle universitaire, la région de Montréal compte quatre universités et six écoles à vocation spécifique, soit l'École Polytechnique, l'École des Hautes études commerciales, l'École de technologie supérieure, École nationale d'administration publique, Télé-Université et l'Institut national de la recherche scientifique - Institut Armand-Frappier qui ont attiré plus de 142 500 étudiants en 2001, dont 60 % sont des femmes[2].

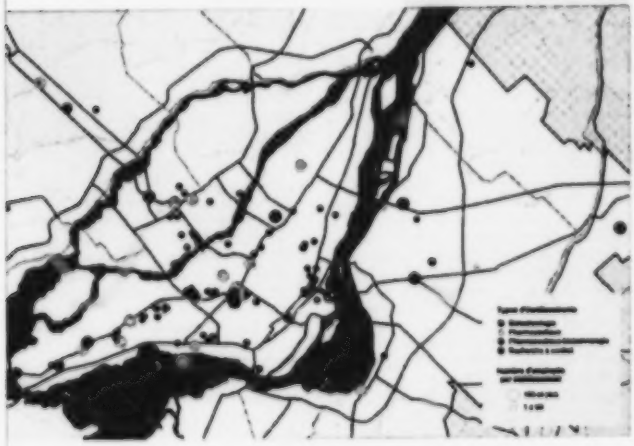
Montréal regroupe aussi 5 000 professeurs et chercheurs et plus de 400 centres de recherches, qui ont attiré, en 2001-2002, 12 000 étudiants étrangers.

Universités	Écoles affiliées
1. Université de Montréal	1. École Polytechnique
2. Université du Québec à Montréal	2. École des Hautes Études Commerciales
3. Université McGill	3. École de Technologie Supérieure
4. Université Concordia	4. École nationale d'administration publique
	5. Télé-Université
	6. Institut national de la recherche scientifique-Institut Armand-Frappier

La grappe des sciences de la vie

Les entreprises dans les secteurs pharmaceutique et biotechnologique Région du Grand Montréal - 2001

Montréal International



Source : Accélérer le développement de la grappe des sciences de la vie Plan d'action 2002-2010 - Montréal International, août 2002.

Qu'est-ce que c'est ?

Cette grappe représente une approche de développement régional qui mobilise les acteurs des milieux universitaires de la recherche, des industries et de l'économie pour faire de Montréal une région proactive et compétitive de haut niveau en matière de développement des sciences de la vie.

Avec son réseau universitaire performant et ses centres de recherche reconnus, avec sa concentration de talents, de compétences et d'infrastructures spécialisées, la région du grand Montréal est un centre propice au développement d'une véritable grappe des sciences de la vie - biotechnologie, santé humaine et animale, environnement, agriculture, alimentation - tel qu'il en existe ailleurs dans les régions novatrices à travers le monde.

2 | Communiqué du 1er octobre 2002, Université de Montréal, Montréal, Ville universitaire en quelques chiffres.

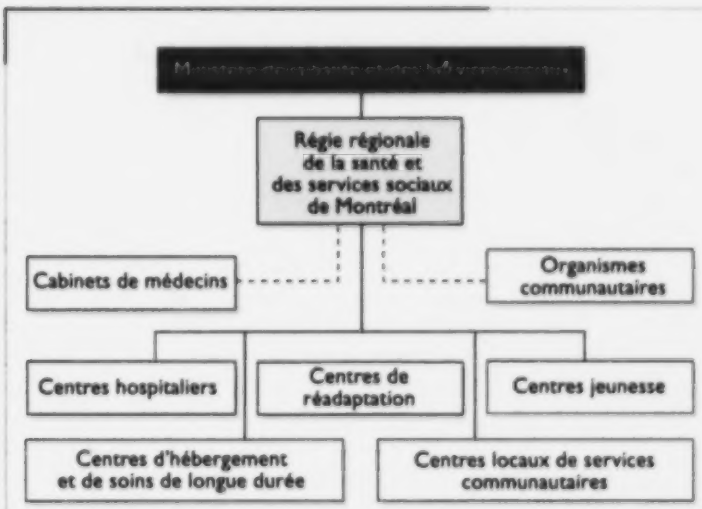
Partie intégrante de ce réseau émergent des sciences de la vie, la Régie régionale de Montréal doit définir et développer, avec ce milieu prometteur et aussi avec le réseau universitaire montréalais, des partenariats générateurs d'approches nouvelles afin de soutenir l'innovation et la recherche.

La Régie régionale de Montréal collabore avec différents autres partenaires pour réaliser des actions visant l'amélioration de la santé et du bien-être de la population montréalaise. Le milieu des affaires, de la sécurité publique de même que les milieux associatifs et les lieux de concertation et d'échanges figurent parmi les acteurs dont l'action est déterminante en matière de santé et de bien-être à Montréal.

3.3 LES ACTEURS DU RÉSEAU MONTRÉALAIS DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Le réseau montréalais de la santé et des services sociaux comprend 141 établissements, dont 96 sont publics et 45, privés; la plupart de ces derniers sont des centres d'hébergement et de soins de longue durée (privés conventionnés).

Des établissements de notre réseau ont une mission à plusieurs volets, c'est-à-dire qu'ils remplissent à la fois, par exemple, le rôle d'un CLSC et d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée. Sous l'angle des missions, le réseau montréalais de la santé et des services sociaux regroupe :

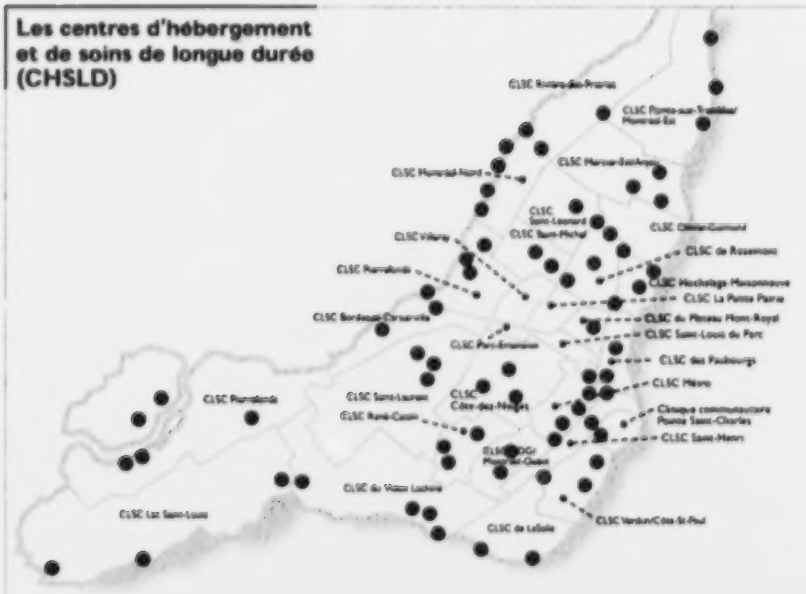


- 29 centres locaux de services communautaires (CLSC);
- 27 centres hospitaliers (CH);
- 2 centres jeunesse (CJ);
- 65 centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD);
- 18 centres de réadaptation (CR).

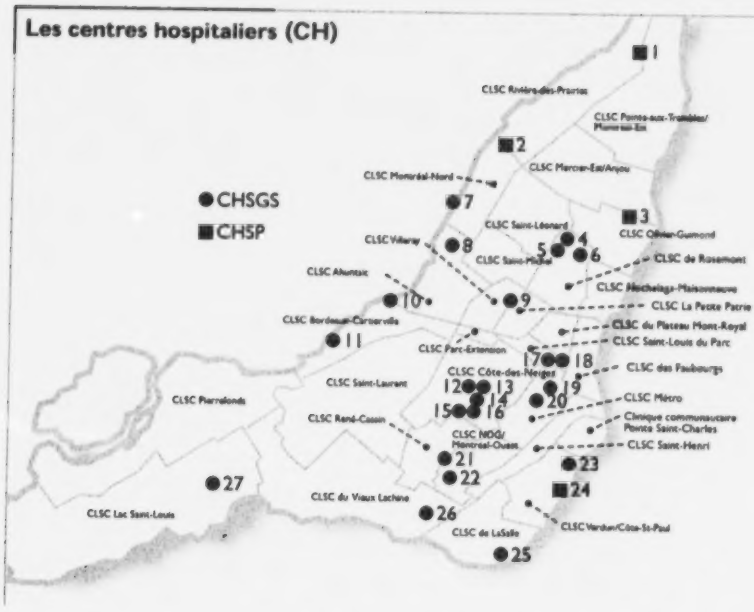
On notera ici que certains établissements ont plus d'une mission : les CLSC-CHSLD par exemple.

Les CLSC et les sous-régions du Département régional de médecine générale

Les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)



Les centres hospitaliers (CH)



Institut Philippe Pinel de Montréal 1
Hôpital Rivière-des-Prairies 2
Hôpital Louis-H. Lafontaine 3
Hôpital Santa Cabrini 4
Institut de cardiologie de Montréal . . .5
Hôpital Maisonneuve-Rosemont 6
Hôpital Marie-Clarac 7
Centre hospitalier Fleury 8
Hôpital Jean-Talon 9
Centre métropolitain 10
de chirurgie plastique
Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal 11
Institut de réadaptation de Montréal .12
L'Hôpital de réadaptation Lindsay . . .13
Hôpital Sainte-Justine 14
Hôpital général juif - 15
Sir Mortimer B. Davis
Centre hospitalier de St. Mary 16
Centre hospitalier de l'Université . . .17
de Montréal
Villa Medica 18
Hôpital Shriners pour enfants 19
Centre universitaire de santé McGill .20
Centre hospitalier Richardson 21
Centre hospitalier Catharine Booth .22
Centre hospitalier de Verdun 23
Centre hospitalier Douglas 24
Centre hospitalier de LaSalle 25
Centre hospitalier de Lachine 26
Hôpital général du Lakeshore 27

Les centres de réadaptation

Centre de réadaptation – alcoolisme et toxicomanie

Centre d'accueil le Programme de Portage

Centre Dollard-Cormier

Centres de réadaptation - déficience intellectuelle

Atelier le Fil d'Ariane

Centre de réadaptation de l'Ouest de Montréal

Centre de réadaptation déficience intellectuelle Gabrielle-Major

Centre de réadaptation Lisette-Dupras

Centre Miriam

Services de réadaptation l'Intégrale

Centres de réadaptation - déficience physique

Centre de réadaptation Constance-Lethbridge

Centre de réadaptation Lucie-Bruneau

Centre Mackay

Centre de réadaptation Marie Enfant (Hôpital Ste-Justine)

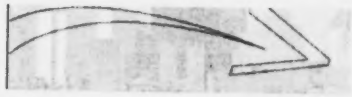
Institut de réadaptation de Montréal

Institut Raymond-Dewar

Centres jeunesse

Le Centre jeunesse de Montréal

Le Centre de la jeunesse et de la famille Batshaw



La région de Montréal compte trois centres hospitaliers universitaires (CHU), cinq centres affiliés universitaires (CAU), dont trois CLSC et trois instituts universitaires.

Centres hospitaliers universitaires (CHU)	Centres affiliés universitaires (CAU)	Instituts universitaires
Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)	Hôpital Maisonneuve-Rosemont	Institut de cardiologie de Montréal
Centre universitaire de santé McGill (CUSM)	Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal	Institut universitaire de gériatrie de Montréal
Hôpital Sainte-Justine (CHU MÈRE-ENFANT)	CLSC Côte-des-Neiges CLSC-CHSLD Bordeaux-Cartierville CLSC des Faubourgs CLSC René-Cassin	Les centres jeunesse de Montréal

- 37 établissements du réseau montréalais sont désignés pour offrir l'ensemble de leurs services en français et en anglais, 45 autres doivent offrir certains services en anglais en plus des services en français;
- 21 établissements ont un programme d'accès aux communautés culturelles;
- la Régie régionale gère une banque d'interprètes composée de 115 interprètes et traducteurs qui travaillent dans 67 langues.

Les membres du réseau montréalais sont regroupés en plusieurs associations très actives dont : la Conférence régionale de l'Association des hôpitaux du Québec, le Regroupement des CLSC de Montréal, le Regroupement des centres d'hébergement et de soins prolongés, l'Association des médecins omnipraticiens de Montréal, les huit regroupements régionaux intersectoriels et sectoriels des organismes communautaires, les associations régionales des ordres professionnels, les instances régionales des syndicats et du milieu des affaires.

- Montréal compte près de 350 cliniques médicales et cabinets privés d'omnipratique où sont offerts des services de première ligne;
- des ressources intermédiaires et de type familial participent à l'offre de services en hébergement :
  - 483 ressources intermédiaires (3 150 places)
  - 1 619 familles d'accueil pour enfants (2 512 places)
  - 589 résidences d'accueil pour adultes / personnes âgées (2 780 places);
- la Régie soutient l'action de 530 organismes communautaires (57 M$ via le Programme de soutien aux organismes communautaires (SOC). Ces organismes sont regroupés au sein de 28 catégories :

Les clientèles et champs d'intervention des organismes communautaires subventionnés par la Régie

Alcoolisme et autres toxicomanies (9)
Centres communautaires de quartier (10)
Centres d'action bénévole (6)
Centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (5)
Centres de femmes (27) et autres ressources pour femmes (4)
Famille (57)
Maisons de jeunes (23) et autres ressources pour jeunes (42)
Maisons d'hébergement dépannage pour les jeunes en difficulté (14)
Maisons d'hébergement pour les femmes violentées ou en difficulté (26)
Organismes multiclientèles (12)
Organisme d'assistance et d'accompagnement (1)
Organismes d'intervention auprès des conjoints violents (5)
Organisme d'intervention auprès des hommes en difficulté (1)
Organismes de justice alternative (2)
Personnes âgées (3)
Personnes ayant des problèmes de santé physique (3)
Personnes démunies (36)
Personnes des communautés culturelles et autochtones (32)
Personnes handicapées (déficience intellectuelle) (14)
Personnes handicapées (déficience physique) (20)
Ressources de dépannage pour clientèles en difficulté (4)
Services adaptés à une population spécifique (1)
Concertation et consultation régionales (8)
Maintien à domicile (70)
Santé mentale (89)
SIDA (15)

N.B. 12 organismes sont subventionnés dans plus d'une catégorie

Les entreprises d'économie sociale jouent désormais un rôle majeur dans les services de soutien à domicile. À Montréal, 11 entreprises offrent des services d'entretien ménager et de grand ménage à 11 246 personnes.

Entreprises reconnues d'économie sociale et d'aide domestique

3.4 UN APERÇU DES SERVICES

La plus grande partie de la clientèle du réseau montréalais de la santé et des services sociaux est constituée de résidents de l'Île de Montréal, soit 1,8 million de personnes. À cette clientèle, s'ajoute celles des autres régions qui s'adressent au réseau montréalais pour des raisons liées à leurs déplacements, à leur attachement à un médecin ou pour des raisons culturelles et linguistiques.

Les services sont offerts dans le réseau de la santé et des services sociaux couvrant 7 grands secteurs:

- **promotion de la santé et du bien-être, prévention et protection;**
- **santé physique;**
- **déficience physique;**
- **services aux personnes âgées en perte d'autonomie;**
- **santé mentale;**
- **déficience intellectuelle;**
- **adaptation sociale.**

Aperçu de la clientèle du réseau montréalais de la santé et des services sociaux

Les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés enregistrent environ 231 000 admissions chaque année :

- 4,3 % des admissions, soit 9 900, sont liées à des problèmes de santé mentale; *
- 22,2 % des admissions pour des soins généraux (niveau 1) proviennent de l'extérieur de Montréal;
- 38 7 % des admissions pour des soins spécialisés (niveau 2) proviennent de l'extérieur de Montréal;
- 57,2 % des admissions pour des soins ultraspécialisés (niveau 3) proviennent de l'extérieur de Montréal; *
- plus de 154 000 interventions chirurgicales sont pratiquées chaque année; près de 52 % sont des chirurgies d'un jour; *
- il y a eu 339 naissances dans les 2 maisons des naissances; 314 femmes étaient en attente de services; *
- près de 294 500 personnes ont occupé une civière dans les salles d'urgence; *
- près de 278 000 personnes sont vaccinées contre l'influenza; 53 % sont des personnes âgées de plus de 65 ans;
- plus de 28 800 personnes reçoivent des services à domicile; *
- plus de 13 300 personnes sont hébergées dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée; 72 % sont des femmes et 28% sont des hommes; **
- 20 800 personnes ont reçu des soins dans des centres de réadaptation en déficience physique; *

- on estimait, en 1997, à 28 200 le nombre de personnes itinérantes à Montréal. De ce nombre, 77 % sont des hommes et 23 %, des femmes. Depuis cinq ans, on constate une importante augmentation.[3]
- au-delà de 12 600 personnes sont traitées pour des problèmes de toxicomanie. De ce nombre, on estime que 7 sur 10 sont des hommes; *
- selon l'estimation du taux de prévalence de 2,1 % de la population adulte, il y aurait environ 31 000 joueurs pathologiques à Montréal; **
- à Montréal, 6 600 victimes de violence conjugale ont été dénombrées par le ministère de la Sécurité publique; *
- plus de 25 200 demandes de services sont acheminées aux 2 centres jeunesse de la région; 55 % le sont pour des garçons et 45 % pour les filles. Parmi ces demandes de services selon la Loi de la protection de la jeunesse, 55 % représentent des cas de négligence et d'abandon, 25 % des demandes sont des cas d'abus physique et sexuel et 20 % représentent des troubles de comportement. Environ 10 100 demandes sont traitées à titre de signalements et 5 300 sont retenues; *
- 10 465 demandes ont été faites à la Banque d'interprètes de la Régie pour obtenir des services de traduction et d'interprétation lors de consultations auprès d'un professionnel de la santé. Le pandjabi (12 %), l'espagnol (12 %), le bengali (10 %), le turc (7 %), le tamoul (7 %) et le cambodgien (6 %) représentent à elles seules plus de 50 % des services rendus. **

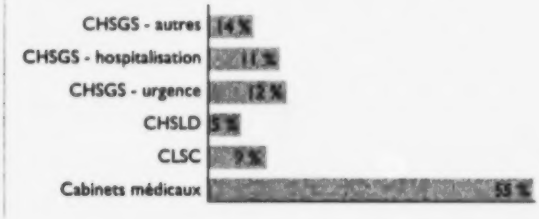
* Données pour l'année 2000-2001 ** Données pour l'année 2001-2002

3.5 LES MÉDECINS ET LE PERSONNEL

Montréal compte 3 216 médecins spécialistes et 2 190 médecins omnipraticiens.

Comme partout au Québec, la région connaît une féminisation de ses effectifs médicaux en omnipratique ainsi qu'une augmentation de l'âge moyen de l'ensemble des omnipraticiens. Les médecins de famille de Montréal sont cependant plus vieux et on y retrouve moins de femmes qu'ailleurs au Québec. Ainsi, l'âge moyen de ce groupe de médecins montréalais se situe à 48,8 ans par rapport à 45,4 ans pour les omnipraticiens québécois. Montréal compte 38 % de femmes omnipraticiennes comparativement à 40,7 % à l'échelle du Québec.[4]

Répartition des activités des omnipraticiens montréalais



Ces médecins travaillent en grande partie en première ligne, soit en cabinets médicaux, en CLSC et en CHSLD. Environ 30 % de leurs activités se font en centres hospitaliers, dans les salles d'urgences, sur les unités de soins et en cliniques externes.

3 Dénombrement de la clientèle itinérante dans les centres d'hébergement, les soupes populaires et les centres de jour des villes de Montréal et de Québec, Santé Québec 1998.

4 Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, Des omnipraticiens à la grandeur du Québec : évolution des effectifs et des profils de pratique, région 06 : Montréal-Centre, juillet 2002.

En médecine spécialisée, Montréal peut compter sur l'expertise de médecins dans chacune des 35 spécialités. Toute la gamme de services médicaux est offerte, allant des spécialités dites de base, où 40 % des effectifs sont concentrés, aux surspécialités.

En raison de la présence universitaire sur le territoire, de nombreux médecins montréalais cumulent des fonctions cliniques d'enseignement et de recherche. C'est d'ailleurs, en partie du moins, l'expertise de ces médecins qui draîne vers Montréal une forte proportion de la clientèle hors région. On notera enfin que plusieurs médecins montréalais pratiquent aussi à l'extérieur de Montréal pour répondre aux besoins des populations des autres régions québécoises.

Les ressources humaines dans le secteur de la santé et des services sociaux à Montréal

Le réseau montréalais de la santé et des services sociaux emploie quelque 82 500 personnes (96 % salariés et 4 % cadres) dont 75 % sont des femmes.

Plus que toute autre région, Montréal devra composer avec une pénurie importante de main-d'œuvre et ce, pendant plusieurs années. Des facteurs démographiques et d'attraction entraînent un rétrécissement du bassin de main-d'œuvre disponible : d'une part, les jeunes ne seront pas assez nombreux pour combler les postes laissés vacants par leurs aînés; d'autre part, les disciplines reliées à la santé sont devenues moins attrayantes pour les jeunes[5].

Notre région doit faire face au vieillissement de la main-d'œuvre, particulièrement chez le personnel cadre. Les projections de recrutement du personnel[6] démontrent pour la région de Montréal un besoin de 800 cadres entre 2002 et 2006 et de 3 500 postes à combler d'ici 2016. Chez les infirmières, 3 500 postes sont à recruter entre 2002 et 2006. Pour 2016, c'est 15 000 postes qu'il faudra combler. D'autres catégories de personnel sont aussi en pénurie : inhalothérapeutes, technologues en radio-oncologie, ergothérapeutes, physiothérapeutes, pharmaciens, audiologistes-orthophonistes.

Mouvements du personnel infirmier

titre	arrivées	départs
infirmières bachelières	464	415
infirmières techniciennes *	1732	1861
infirmières auxiliaires	536	454
préposés aux bénéficiaires	3535	2389

* Les CHSLD publics sont les plus affectés par ces mouvements : 80 arrivées pour 305 départs.

Source : État de situation de la pénurie de main-d'œuvre en soins infirmiers, avril 2002.

De plus, le personnel en demande fait l'objet de compétition entre les établissements, ce qui entraîne de coûteux mouvements de personnel.

La situation impose une série de mesures qui feront appel à une grande ouverture au changement, au cours des prochaines années.

5 | R 22 au 31 mars 2001

6 | Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Université de Montréal, juin 2002.

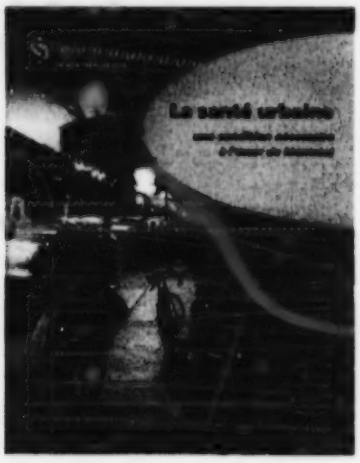
4.
Bilan et enjeux régionaux

Quel est l'état de santé des Montréalais et des Montréalaises ?

Quels sont les défis qui se posent au réseau montréalais de la santé et des services sociaux ?

Pour permettre à tous de connaître les faits et de trouver réponse à ces questions, la Régie régionale a publié et diffusé deux rapports à l'automne 2002 :

« *La santé urbaine* », rapport annuel 2002 sur la santé de la population, Direction de santé publique



Le « *Défi de l'accès* » 1998-2002 Bilan et enjeux

4.1 L'ÉTAT DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE DES MONTRÉALAIS EN 2002

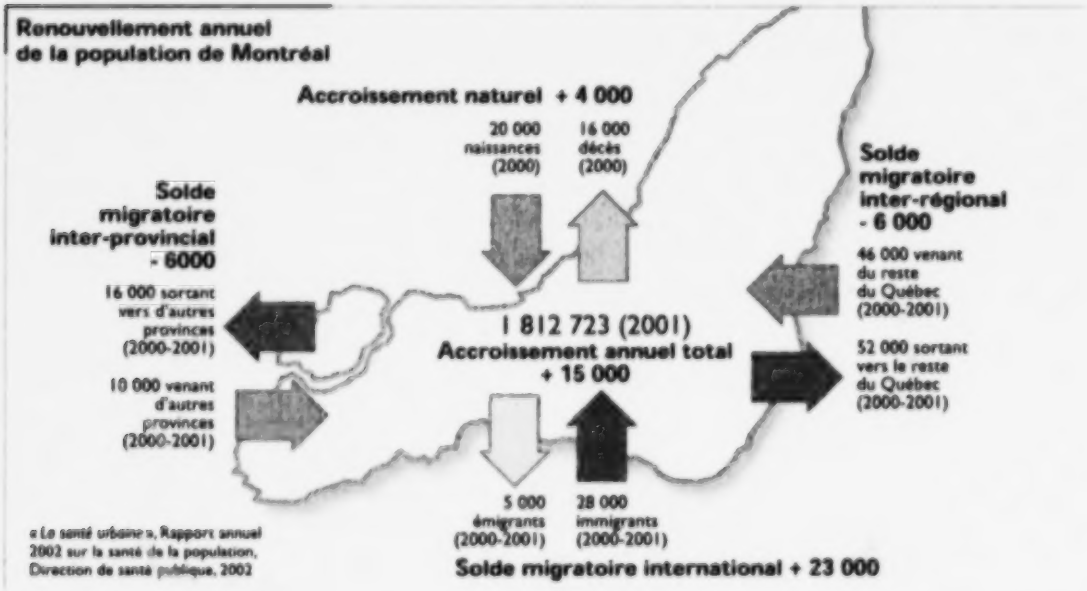
CONSTATS

Le texte qui suit est basé sur le rapport annuel 2002 sur la santé de la population et sur le portrait statistique de la santé des Montréalais, deux documents préparés par la Direction de santé publique de la Régie régionale de Montréal.

Les conditions démographiques, sociales et économiques

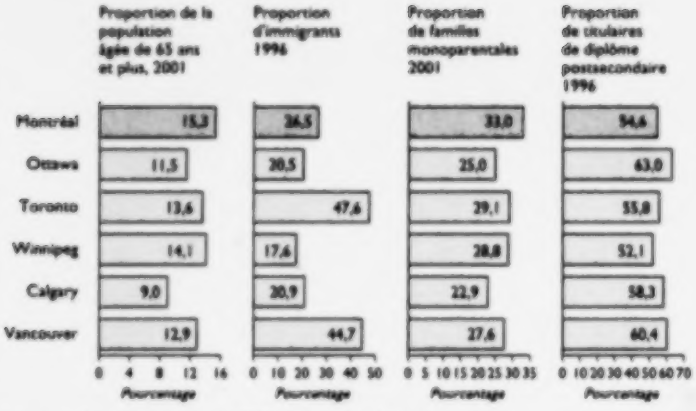
L'évolution démographique

Montréal, deuxième plus grande ville du Canada, comptait selon le recensement de 2001, plus de 1,8 million d'habitants. La population de Montréal se renouvelle constamment. Plus du cinquième des personnes qui résident actuellement à Montréal ne vivaient pas à Montréal cinq ans auparavant. De plus, on assiste au cours des dernières années à une reprise de la croissance démographique dans la région, croissance qui s'était complètement interrompue entre 1981 et 1996. On estime que la population s'est accrue durant ces dernières années au rythme de 15 000 personnes par année.



Cette nouvelle croissance de la population montréalaise est la résultante d'un léger surplus des naissances sur les décès, d'un apport important de la migration internationale et d'une diminution sensible des personnes qui quittent Montréal pour la périphérie. Les phénomènes démographiques qui façonnent l'évolution des populations (fécondité, mortalité, migration) se traduisent à Montréal par une proportion élevée de personnes âgées de 65 ans et plus (15 %) et par une augmentation de l'importance relative des immigrants qui comptent pour plus du quart de la population.

Comparaison à d'autres régions urbaines du Canada



« La santé urbaine », Rapport annuel 2002 sur la santé de la population, Direction de santé publique, 2002

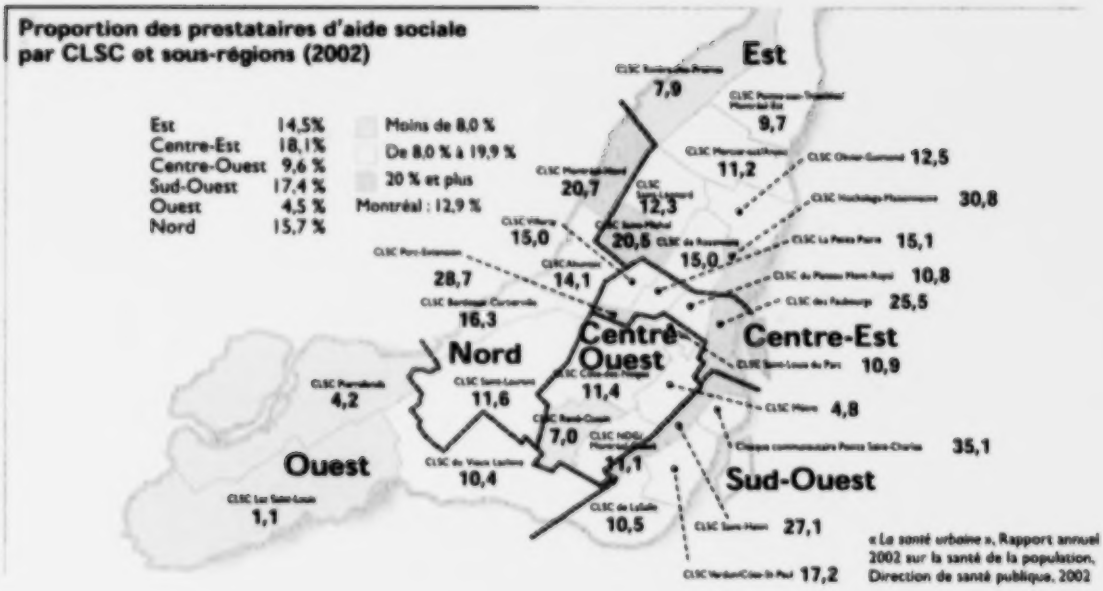
En ce qui concerne les personnes âgées, on constate qu'elles sont proportionnellement plus nombreuses à Montréal que partout ailleurs au Québec, et que dans les autres grandes régions urbaines du Canada. La proportion d'immigrants est cependant deux fois plus élevée à Toronto et à Vancouver. Dans la région de Montréal, les plus fortes proportions d'immigrants sont observées dans la partie centre-nord de l'Île (Parc Extension, Saint-Laurent, Bordeaux-Cartierville). Comme les immigrants se concentrent dans la grande région de Montréal, la proportion observée est beaucoup plus élevée que dans l'ensemble du Québec.

Les caractéristiques économiques et sociales

La situation économique de Montréal s'est nettement améliorée au cours des dernières années. La proportion de personnes bénéficiant de l'aide sociale est passée de 18 % en 1996 à 13 % en 2002 alors que le taux de chômage diminuait de 14 % à 10 % durant la même période. Malgré cette amélioration, le taux de chômage demeure nettement plus élevé à Montréal que dans les autres grandes régions canadiennes, et il subsiste des écarts importants à l'intérieur de la région. Les données de l'aide sociale pour l'année 2002 indiquent d'ailleurs que dans certains territoires de CLSC, principalement situés dans la partie centre-sud de Montréal, plus de 25 % de la population vit de l'aide sociale. Dans l'ensemble du Québec, la proportion de personnes bénéficiant de l'aide sociale est de 10 %, ce qui est bien inférieur à la proportion de 13 % observée à Montréal.

La population montréalaise se caractérise également par une part importante de personnes vivant seules (19 %) et par une augmentation constante des familles monoparentales. En 1996, près de 30 % des familles avec enfants étaient constituées d'un seul parent. Sur ce dernier point, Montréal se démarque nettement de l'ensemble du Québec et des autres régions urbaines du Canada qui présentent des valeurs beaucoup plus faibles.

Proportion des prestataires d'aide sociale par CLSC et sous-régions (2002)



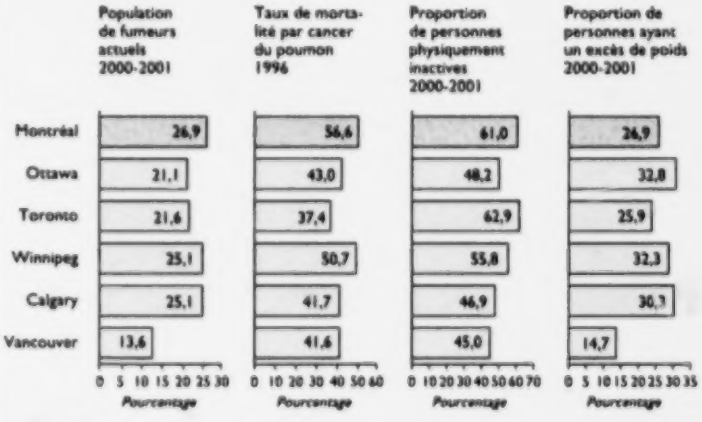
« *La santé urbaine* », Rapport annuel 2002 sur la santé de la population, Direction de santé publique, 2002

Les comportements liés à la santé et les facteurs de risque

Les habitudes de vie

La proportion de fumeurs dans la population montréalaise (27 %) est non seulement la plus élevée des régions urbaines du Canada, mais elle est le double de celle observée à Vancouver (14 %). Montréal enregistre également, après Toronto, le plus haut pourcentage de personnes physiquement inactives (61 %). Enfin, avec 27 % de personnes ayant un excès de poids, notre région se classe dans la moyenne des régions urbaines, mais loin derrière Vancouver où seulement 15 % de la population présente un excès de poids. Au sein de la population montréalaise, le tabagisme, l'inactivité physique et l'excès de poids sont nettement plus répandus chez les personnes à faible revenu que chez celles à revenu élevé. Il en est de même de la proportion des personnes déclarant avoir de mauvaises

Comparaison à d'autres régions urbaines du Canada



« *La santé urbaine* », Rapport annuel 2002 sur la santé de la population, Direction de santé publique, 2002

habitudes alimentaires. Sauf pour l'inactivité physique, ces habitudes de vie négatives sont plus fréquentes chez les hommes que chez les femmes. On ne dénote pas de différence significative entre Montréal et le reste du Québec en ce qui concerne la prévalence de ces habitudes de vie.

Autour de la naissance et de la grossesse

Environ 6 % des nouveau-nés présentent un faible poids à la naissance et 7 % naissent prématurément. Ces proportions demeurent relativement stables dans le temps et sont plus importantes chez les personnes à faible revenu. Les mères des nouveau-nés sont de plus en plus scolarisées. Ainsi, la scolarité moyenne de ces mères est passée de 11,9 ans en 1981 à 13,8 ans en 1999.

Taux de grossesse chez les adolescentes de 14 à 17 ans par CLSC et sous-régions, 1995-1997
(Taux annuel moyen pour 1 000 adolescentes)

« *La santé urbaine* », Rapport annuel 2002 sur la santé de la population, Direction de santé publique, 2002

Comparaison des sous-régions de Montréal

Indicateur	Ouest	Centre-Ouest	Nord	Sud-Ouest	Centre-Est	Est
Taux de grossesse à l'adolescence chez les 14-17 ans, 1995-1997 (taux pour 1 000)	16	17	29	37	42	32
Taux d'usagers des Centres jeunesse pour victimisation chez les 0-17 ans, 1998-2000 (taux pour 1 000)	11	13	21	33	24	22
Taux d'usagers des Centres jeunesse pour externalisation chez les 0-17 ans, 1998-2000 (taux pour 1 000)	10	9	12	21	16	15
Taux ajusté de mortalité par suicide, 1994-1998 (taux pour 1 000)	9	13	14	15	23	17
Taux de délinquants, 2000 (taux pour 1 000)	18	17	24	27	31	35
Taux de délinquants juvéniles (12-17 ans), 2000 (taux pour 1 000)	52	41	55	84	65	67

« *La santé urbaine* », Rapport annuel 2002 sur la santé de la population, Direction de santé publique, 2002

Le taux de grossesse chez les adolescentes est demeuré relativement stable au cours des dernières années. On note que ce taux est nettement plus élevé dans la partie centre de la région que dans le reste de l'Île, et que la majorité des grossesses chez les adolescentes se termine par un avortement. Les taux de grossesse dépassent largement ceux des adolescentes de l'ensemble du Québec.

L'adaptation sociale

Des renseignements provenant des postes de police de quartier révèlent que les taux de délinquance chez les adolescents ainsi que pour la population de tous âges varient grandement sur le territoire de la région. Les taux sont nettement plus élevés dans l'Est de l'Île que dans l'Ouest. On observe les mêmes disparités géographiques pour les taux d'usagers des Centres jeunesse. Dans ce dernier cas, on observe une proportion plus grande (55 %) de garçons que de filles (45 %) qui ont fait l'objet d'une intervention dans le cadre de la Loi de la protection de la jeunesse.

L'état de santé

Santé générale et bien-être

Environ 12 % des Montréalais se perçoivent en bonne santé et 20 % déclarent avoir des limitations d'activités. Moins de 9 % déclarent souffrir de dépression mais plus de 30 % se sentent stressés. Pour ces quatre indicateurs, les femmes présentent des proportions plus élevées que les hommes. Si, pour la perception d'une bonne santé et la prévalence des limitations d'activités, les Montréalais se situent dans la moyenne des grandes régions urbaines, ceux-ci présentent la prévalence la plus faible de dépression mais la proportion la plus forte de personnes affectées par le stress. Les Montréalais ne se distinguent pas de l'ensemble des Québécois en ce qui concerne la perception de l'état de santé, les limitations d'activités, le stress et la dépression.

La mortalité

L'espérance de vie des Montréalais n'a cessé d'augmenter au cours des années pour atteindre, en 1999, 75,6 ans chez les hommes et 81,4 ans chez les femmes. La hausse a été plus marquée chez les hommes que chez les femmes, de sorte que l'écart entre les sexes est maintenant inférieur à 6 ans.

L'évolution des taux de mortalité selon la cause montre également que des gains importants ont été enregistrés. Depuis 1981, toutes causes confondues, la mortalité a diminué de 14 % chez les hommes et de 17 % chez les femmes. Les diminutions les plus spectaculaires se sont produites pour la mortalité par maladie de l'appareil circulatoire et par blessures accidentelles. Cependant, on dénote une augmentation importante de la mortalité par maladies de l'appareil respiratoire chez les femmes. De plus, la mortalité par tumeurs, qui se situe à des niveaux élevés, a peu diminué chez les hommes, et est demeurée stable chez les femmes.

La comparaison aux autres régions urbaines du Canada montre une situation très défavorable à Montréal. Les Montréalais et les Montréalaises vivent en moyenne moins longtemps que les résidants des autres grandes villes. De plus, pour trois grandes causes de mortalité sur quatre, soit les tumeurs, les maladies de l'appareil circulatoire et les maladies de l'appareil respiratoire, les taux montréalais sont nettement plus élevés que ceux de la majorité des autres régions urbaines. À l'opposé, pour les blessures accidentelles, notre région se distingue avec le taux le plus faible.

En ce qui concerne les causes plus spécifiques de mortalité, Montréal affiche, par rapport aux autres cinq régions urbaines comparées, les taux de mortalité les plus élevés pour le cancer du poumon, le cancer du côlon et du rectum,

Comparaison à d'autres régions urbaines du Canada

« *La santé urbaine* », Rapport annuel 2002 sur la santé de la population, Direction de santé publique, 2002

le cancer du sein, les bronchites, l'emphysème et l'asthme, et le suicide. En contrepartie, en plus des blessures accidentelles, pour deux autres causes, les pneumonies et grippes et les maladies vasculaires cérébrales, le taux montréalais est le plus faible.

Les populations urbaines canadiennes présentent une faible mortalité. Bien que la mortalité soit en général plus élevée à Montréal que dans les autres grandes régions urbaines du Canada, les valeurs montréalaises se comparent favorablement aux autres pays industrialisés.

À Montréal, les indices de mortalité montrent également des différences importantes selon le revenu et selon le territoire de CLSC. Ainsi, l'écart dans l'espérance de vie peut atteindre 13,5 ans chez les hommes et 8,0 ans chez les femmes. Les disparités géographiques de la mortalité à Montréal témoignent des inégalités économiques mais sont aussi influencées par la présence dans certaines parties du territoire d'une forte proportion de personnes nées à l'extérieur du pays. Ces dernières bénéficient, en général, d'un meilleur état de santé que la population née au Canada parce qu'elles ont fait l'objet d'un processus de sélection démontrant leur bon état de santé.

Comparaison des sous-régions de Montréal

Indicateur	Ouest	Centre-Ouest	Nord	Sud-Ouest	Centre-Est	Est
Espérance de vie à la naissance, hommes 1994-1998 (années)	77,2	75,9	77,4	73,1	70,7	73,8
Espérance de vie à la naissance, femmes 1994-1998 (années)	82,1	82,0	82,6	79,5	79,4	80,4
Taux ajusté de mortalité par tumeurs 1994-1998 (taux pour 100 000)	230	237	216	295	296	266
Taux ajusté de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire, 1994-1998 (taux pour 100 000)	290	307	267	369	371	349
Taux ajusté de mortalité par maladies de l'appareil respiratoire, 1994-1998 (taux pour 100 000)	71	67	65	100	93	89
Taux ajusté de mortalité par blessures accidentelles 1994-1998 (taux pour 100 000)	22	21	20	22	30	23

« *La santé urbaine* », Rapport annuel 2002 sur la santé de la population, Direction de santé publique, 2002

La présence d'une part importante d'immigrants peut expliquer en partie la légère sous-mortalité des Montréalais par rapport à l'ensemble des Québécois. Cependant, une analyse plus fine à l'échelle de l'ensemble des CLSC du Québec montre que c'est à Montréal que l'on retrouve à la fois les territoires de CLSC présentant les espérances de vie à la naissance les plus faibles (Des Faubourgs, Hochelaga-Maisonneuve, Saint-Henri, Pointe Saint-Charles) et les plus élevées (Lac Saint-Louis, Côte-des-Neiges, René-Cassin).

Les CLSC et les sous-régions du Département régional de médecine générale

La prévalence des problèmes de santé et de services sociaux dans la région de Montréal

ADAPTATION SOCIALE	
1. Enfants victimes	■
• de négligence	■
• d'abus physique	■
• d'abus sexuel	-
2. Troubles de comportement	■
3. Délinquance	■
• prévalence	+
• gravité	■
4. Violence faite aux femmes	■
5. Itinérance (Pas de données récentes disponibles)	
6. Consommation	
• alcool	
• 14 verres et plus/semaine	+
• 5 consommations et plus/5 fois année	-
• psychotropes	
• prestataires aide sociale	-
• personnes de 65 ans et plus	+
SANTÉ PHYSIQUE	
7. Périnatalité	
• naissances prématurées	-
• poids insuffisant	■
8. Maladies cardiovasculaires	-
9. Cancer	
• poumon	-
• sein	+
10. Traumatismes	
• routier	-
• maison	-
• professionnel	-
• sportif	-
11. Maux de dos	+
Arthrite, rhumatismes	■
12. Maladies de l'appareil respiratoire	-
SANTÉ PUBLIQUE	
13. SIDA	■
MTS	-
14. Maladies infectieuses	
• rougeole, rubéole, tétanos, etc.	+
• coqueluche	-
• influenza	-
15. Santé dentaire	
• enfants (dentition permanente – 6e année)	-
• adultes (Pas de données récentes disponibles)	
SANTÉ MENTALE	
16. Santé mentale	-
17. Suicide	
• tentatives	-
• suicides	-
INTÉGRATION SOCIALE	
18. Intégration personnes âgées	+
19. Intégration personnes handicapées	
• école (Pas de données montréalaises)	
• milieu du travail	+

\+ Au-dessus de la moyenne québécoise
\- Sous la moyenne québécoise
■ Problèmes plus aigus dans la région de Montréal

Quelques indicateurs, territoires de CLSC de Montréal

CLSC	Aide sociale, 2002 (%)	Immigrants, 1996 (%)	Espérance de vie, 1994-1998 Hommes (Années)	Femmes (Années)
Ahuntsic	14,1	24,0	74,6	81,9
Bordeaux-Cartierville	16,3	43,7	78,4	82,9
Côte-des-Neiges	11,4	42,6	78,8	82,7
De Rosemont	15,0	16,7	72,9	81,4
Des Faubourgs	25,5	18,1	66,0	76,7
Du Vieux LaChine	10,4	13,9	74,0	80,6
Hochelaga-Maisonneuve	30,8	8,6	68,6	76,9
La Petite-Patrie	15,1	20,9	72,5	79,7
Lac Saint-Louis	1,1	21,7	79,5	83,5
LaSalle	10,5	23,3	75,0	80,9
Mercier-Est / Anjou	11,2	11,6	74,2	80,9
Métro	4,8	34,6	76,8	81,8
Montréal-Nord	20,7	23,0	74,1	80,2
NDG / Montréal-Ouest	11,1	33,2	76,5	81,9
Olivier-Guimond	12,5	15,9	73,6	80,2
Parc Extension	28,7	60,6	76,6	83,6
Pierrefonds	4,2	27,1	77,8	82,2
Plateau Mont-Royal	10,8	12,7	69,0	77,5
Pointe-aux-Trembles	9,7	4,9	72,6	78,6
Pointe Saint-Charles	35,1	12,8	71,7	75,6
René-Cassin	7,0	40,6	79,4	83,0
Rivière-des-Prairies	7,9	29,1	76,2	80,3
Saint-Henri	27,1	22,7	69,6	76,0
Saint-Laurent	11,6	46,5	77,9	83,0
Saint-Léonard	12,3	35,5	77,3	82,4
Saint-Louis du Parc	10,9	31,5	74,0	82,1
Saint-Michel	20,5	41,3	75,0	80,9
Verdun / Côte Saint-Paul	17,2	12,3	73,1	80,1
Villeray	15,0	28,0	72,7	80,4
Montréal	**12,9**	**26,5**	**74,8**	**81,1**

Quelques indicateurs, régions urbaines du Canada

Indicateur	Région urbaine					
	Montréal	Ottawa	Toronto	Winnipeg	Calgary	Vancouver
Population, 2001	1 812 725	774 070	2 481 495	621 450	951 395	545 670
65 ans et plus, 2001 (%)	15,3	11,5	13,6	14,1	9,0	12,9
Immigrants, 1996 (%)	26,5	20,5	47,6	17,6	20,9	44,7
Taux de chômage, 2001 (%)	10,0	6,2	7,3	5,2	4,5	7,2
Familles monoparentales, 1996 (%)	20,4	15,6	18,9	16,4	13,2	16,4
Fumeurs actuels, 2001 (%)	26,9	21,1	21,6	25,1	25,1	19,6
Inactivité physique, 2001 (%)	61,0	48,2	62,9	55,8	46,9	45,0
Excès de poids, 2001 (%)	26,9	32,8	25,9	32,3	30,3	14,7
Perception bonne santé, 2001 (%)	88,2	88,9	87,4	87,7	91,0	86,8
Limitations d'activités, 2001 (%)	19,6	23,8	18,6	19,6	24,4	19,7
Espérance de vie, 1996 (années)						
Hommes	74,8	77,2	76,3	75,4	77,0	74,6
Femmes	81,0	81,8	82,2	80,5	81,8	82,6
Mortalité, 1996 (Taux pour 100 000)						
Ensemble des causes	682	604	613	678	611	635
Tumeurs	199	175	168	192	171	157
- Poumon	57	43	37	51	42	42
- Côlon et rectum	24	17	20	21	15	16
- Sein	31	30	28	31	28	22
- Prostate	26	31	26	27	28	20
Appareil circulatoire	242	224	205	261	239	205
- Cardiopathies ischémiques	144	126	109	149	101	104
- Maladies vasculaires cérébrales	42	43	47	51	48	47
Appareil respiratoire	59	49	52	54	57	66
- Pneumonie et grippe	19	21	24	22	22	33
- Bronchite, emphysème	8	5	4	3	6	5
Blessures accidentelles	19	20	20	21	24	27
Suicide	15	10	8	11	14	9

Ces constats concernant l'état de santé et de bien-être de la population montréalaise nous amènent à identifier huit enjeux régionaux qui représentent autant de défis pour les années à venir :

LES ENJEUX DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE

1. **Un clivage nord-ouest/sud-est en termes d'inégalités sociales de la santé et du bien-être : le S de l'inégalité**

   Comment engager tous les secteurs de la vie montréalaise dans des interventions territoriales intégrées visant à réduire les inégalités sociales de la santé en particulier au plan de la sécurité alimentaire et du développement des communautés locales ?

2. **Des pratiques cliniques préventives intégrées pour contribuer à la baisse de la mortalité et de la morbidité évitables**

   Comment mieux utiliser les professionnels pour renforcer, dans les interventions cliniques, les activités de dépistage, d'éducation à la santé et de mesures de protection ?

3. **Des conditions de vie précaires qui hypothèquent les capacités d'adaptation et d'intégration sociale**

   Quels programmes déployer en priorité afin d'agir efficacement pour soutenir le développement des enfants et l'exercice des rôles parentaux ainsi que le développement des compétences personnelles et sociales ?

   Comment favoriser l'intégration et la participation sociale des aînés par l'adaptation des environnements ?

4. **Des habitudes de vie et des blessures accidentelles défavorables à la santé de la population**

   Quels stratégies et moyens d'action déployer pour prévenir le tabagisme chez les jeunes, accroître la pratique de l'activité physique et améliorer notre alimentation ?

5. **Une action efficace, rapide et concertée pour lutter contre le VIH et les autres maladies transmissibles**

   Dans une population très mobile, comment consolider l'application des mesures de lutte contre les maladies transmissibles et augmenter l'adhésion aux comportements sexuels sécuritaires ?

6. **Une réduction des maladies respiratoires liées à la qualité de l'air et aux changements climatiques**

   Comment se doter de politiques publiques saines et mieux coordonnées en matière d'environnement et comment consolider les services de santé contribuant à réduire la mortalité et la morbidité évitables liées aux risques environnementaux ?

7. **Une vigilance accrue face aux menaces réelles ou appréhendées causées par des agents biologiques, physiques ou chimiques**

   Comment contribuer à la préparation des plans de mesures d'urgence et développer le plan de mobilisation de ressources ?

8. **Des problèmes de santé mentale en émergence dans les milieux de travail**

   Comment documenter les problèmes de santé mentale et de violence en émergence dans les milieux de travail, identifier des stratégies efficaces et établir un plan d'action pour les milieux les plus à risques ?

Pour relever les défis découlant de ces enjeux, il nous faudra maintenir et renforcer notre capacité d'innover et de produire des données probantes pour soutenir la prise de décision. Nous aurons à trouver réponse aux questions suivantes :

Comment rendre plus accessibles aux décideurs et aux partenaires régionaux, des données probantes sur la santé et le bien-être de la population et sur l'impact de l'organisation des services ?

Comment assurer une meilleure articulation entre les plans stratégiques des principaux acteurs régionaux : Ville de Montréal, commissions scolaires, Régie régionale, universités ?

4.2 L'ÉTAT DU RÉSEAU MONTRÉALAIS DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX EN 2002

CONSTATS ET ENJEUX

Le plan d'amélioration des services de santé et des services sociaux 1998-2002, « *Le Défi de l'accès* », a guidé l'action de la Régie régionale au cours des quatre dernières années. Le bilan produit au terme de ce plan nous permet de mesurer le degré d'atteinte des objectifs du « *Défi de l'accès* » mais surtout de dégager les enjeux qui serviront à bâtir notre prochain plan 2003-2006, « *La santé en actions* ».

LE DÉFI DE L'ACCÈS

Plan d'amélioration des services de santé et des service sociaux 1998-2002

- Pas de fermetures ou fusions massives d'établissements
- Six continuums de services et 12 mesures centrales axées sur la réduction des délais pour la population dans des services ciblés :
  - chirurgie cardiaque
  - neurochirurgie
  - prothèses des hanches et des genoux
  - cataractes
  - radio-oncologie
  - déficience intellectuelle
- Meilleure coordination entre les établissements
- Un accès plus simple aux services médicaux de première ligne
- Intégration des priorités de prévention
- Ajout de budgets ciblés pour réduire les délais : développements requis 155,8 M$

4.2.1 Le financement : objectifs atteints à 60 %

Pour la période 1998-2002, la Régie régionale estimait à 155,8 M$ les développements budgétaires nécessaires à l'atteinte des objectifs inscrits au « *Défi de l'accès* ». Elle a reçu et réparti 25,4 M$ en 1998-1999, 29,4 M$ en 1999-2000, 24,1 M$ en 2000-2001 et 13,8 M$ en 2001-2002. Après quatre années de mise en œuvre, la Régie régionale a atteint 60 % de ses objectifs de financement, soit 92,8 M$ de crédits de développement. Fait important à rappeler cependant : l'injection d'environ 160 M$ dans le réseau montréalais en 2000-2001 pour rehausser la base budgétaire des établissements publics afin de les aider à éponger leur déficit de même que l'apport significatif de 65 M$ en reconnaissance de certains facteurs de croissance de coûts ont contribué au maintien de conditions favorisant l'atteinte de nos objectifs.

Continuums	Développements requis 155,8 M$	Développements obtenus 92,8 M$
Santé physique	50,9	42,3
Personnes âgées	70,5	29,7
Déficience physique	17,4	5,1
Déficience intellectuelle	12,0	5,7
Adaptation sociale	4,9	4,9
CLSC (autres)		4,9

* Les montants ont été arrondis à la décimale

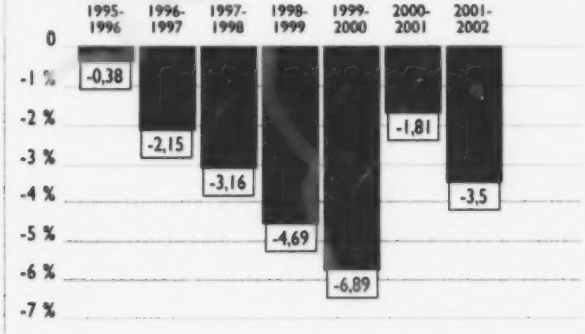
Allocations principales

Santé physique	
chirurgie cardiaque adulte	+ 13,6 M$
radio-oncologie	+ 6,3 M$
soins à domicile	+ 4,9 M$
Personnes âgées	
services à domicile	+ 19,1 M$
augmentation du taux de réponse aux besoins en centre d'hébergement	+ 9,5 M$
Adaptation sociale	
alcoolisme et toxicomanie	+ 2,4 M$
programmes de méthadone	+ 1,2 M$
jeunes de la rue	+ 1,2 M$

Le redressement de la base budgétaire et l'écart structurel

En 2000-2001, le ministère a injecté quelque 225 M$ d'argent neuf dans l'enveloppe de crédits de la région de Montréal. Cette intervention avait pour but de redresser la base budgétaire des établissements et plus particulièrement des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés et de reconnaître certaines situations exceptionnelles ayant un impact important sur les coûts de fonctionnement en termes d'augmentation du volume d'activités (ex. : la dialyse) et d'évolution technologique (ex. : les nouveaux médicaments). Cet ajustement budgétaire a été rendu nécessaire afin de contrer le déficit croissant des hôpitaux qui continuent de répondre aux besoins de la population au-delà de leur capacité financière.

Pourcentage de surplus ou déficit net



Malgré cette initiative majeure, l'équilibre budgétaire s'est rompu à nouveau dès l'année suivante. En effet, en 2001-2002, les centres hospitaliers ont enregistré un déficit de près de 145 M$, dont les deux tiers sont attribuables aux deux centres hospitaliers universitaires à clientèle adulte, soit le Centre universitaire de santé McGill et le Centre hospitalier de l'Université de Montréal. La contre-performance financière de certains établissements peut expliquer la moitié du résultat, mais il y a plus. Le réseau sociosanitaire doit composer avec un écart structurel très significatif entre le taux de croissance réelle des coûts d'opération et le taux d'indexation des dépenses alloué par l'État. De fait, ce dernier est un taux d'inflation qui ne reconnaît pas l'impact important de l'évolution de la démographie, des besoins de la clientèle et de la technologie. Or, c'est de l'ordre de 6 % à 7 % que les coûts augmentent chaque année en moyenne, alors que l'indexation de la dernière année atteint à peine 2,6 % dans les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés.

Écart structurel régional

PARAMÈTRES	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
Augmentation des dépenses réelles *	6,96%	6,12%	5,46%	n.d.
Taux d'accroissement budgétaire **	0,67%	4,42%	2,85%	2,61%
Écart structurel régional	6,29%	1,70%	2,61%	n.d.

* Source : AS-471

** Source : Programmation annuelle du ministère de la Santé et des Services sociaux

Source : Direction Immobilisations et Finances, juillet 2002

Pour combler ce manque à gagner et viser l'équilibre budgétaire imposé par la *Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux*, les établissements se retrouvent donc dans l'obligation d'instaurer des mesures d'efficience (ex. : cibles de réduction de coûts par service, regroupement d'activités) qui s'avèrent insuffisantes la plupart du temps. C'est que la marge de manœuvre dont pouvaient disposer les établissements dans le passé s'est passablement effritée au fil des ans et le potentiel de rendement des diverses mesures de rationalisation des dépenses s'est considérablement affaibli. À défaut d'une reconnaissance adéquate des facteurs de croissance des coûts par le processus budgétaire, l'unique alternative pour la majorité des établissements de la région se situe dans les projets d'investissements (ex. : informatisation, achats d'équipements plus performants) à haut potentiel d'économies. Mais là encore, le soutien financier du ministère est requis pour libérer les économies aux fins de l'équilibre budgétaire.

Dans « *Pour faire les bons choix* », plan de relance du secteur de la santé et des services sociaux, rendu public en décembre 2002 par le ministre François Legault, on a identifié des besoins de développement de 1 774,2 M$ dont 162 M$ non récurrents pour remettre le réseau à niveau et financer quatre grandes priorités.

En résumé

Mesures	Besoins (millions de dollars)
1. Offrir aux gens, près de chez eux, des services de première ligne	842,5
2. Offrir aux personnes âgées des soins à domicile et des services en centre d'hébergement	456,7
3. Prendre le virage prévention	241,0
4. Réduire les délais d'accès des services médicaux et hospitaliers spécialisés	234,0 [1]
TOTAL	**1 774,2**

1. Incluant 162 millions non récurrents

Source : Plan de la santé et des services sociaux « *Pour faire les bons choix* »
Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux
Décembre 2002

De plus, le plan de relance propose un taux moyen d'indexation de 5,2 % des dépenses de santé et de services sociaux pour les cinq prochaines années.

Il s'agit d'un enjeu majeur pour notre région compte tenu du déficit structurel identifié en particulier dans les centres hospitaliers universitaires.

Pourcentage annuel d'augmentation des dépenses de santé et des services sociaux pour les cinq prochaines années

Objet	Croissance moyenne (%)	
Coûts communs à tous les secteurs au Québec		
Augmentation des salaires	1,7	2,6
Indexation des autres dépenses	0,9	
Coûts spécifiques au secteur de la santé et des services sociaux		
Vieillissement de la population	0,6	2,6
Médicaments	1,6	
Évolution technologique	0,4	
TOTAL		**5,2**

Source : Plan de la santé et des services sociaux - *Pour faire les bons choix*
Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux,
Décembre 2002

À Montréal, compte tenu du poids démographique de la population, de son état de santé et de bien-être et de ses caractéristiques socio-économiques, nous estimons les besoins de développement pour réaliser, sur notre territoire, les priorités nationales, à environ 25 % des enveloppes identifiées dans le plan d'action ministériel « *Pour faire les bons choix* ».

LES ENJEUX

- Obtention d'un taux d'indexation corrigeant le déficit structurel actuel qui est de l'ordre de 100 M$.
- Amélioration de l'efficience dans les hôpitaux de l'ordre de 40 M$ selon le diagnostic fait avec la méthode découlant du rapport Bédard.
- Financement des développements obligatoires découlant des autorisations d'investissements :
  - construction des centres ambulatoires;
  - acquisition de six appareils à résonance magnétique;
  - acquisition d'un appareil de tomographie à émission de positron.
- Reconnaissance des facteurs socio-économiques dans l'estimation des besoins et les méthodes d'allocation budgétaire nationales et régionales.
- Concordance des priorités régionales avec les priorités nationales bénéficiant de développements budgétaires.
- Capacité de se créer une marge de manœuvre régionale, récurrente et non récurrente, et d'utiliser l'indexation des dépenses comme levier pour financer nos priorités régionales.
- Coordination des allocations budgétaires vers des zones prioritaires de Montréal avec les autres bailleurs de fonds : Ville de Montréal, ministères du gouvernement du Québec, commissions scolaires, Centraide.
- Coordination des ententes de gestion avec les plans stratégiques nationaux et régionaux.
- Recherche de l'équilibre budgétaire versus les pressions pour accroître l'accès aux services.
- Gestion stratégique des immobilisations et des achats d'équipements médicaux spécialisés et ultraspécialisés qui influencent l'offre de services.
- Réduction du niveau d'endettement du réseau des établissements.
- Mesure de la performance dans tous ses aspects : efficacité, efficience, adaptation et pertinence des services de santé et des services sociaux offerts.
- Financement des CHU et le volume des services de niveau 1 et 2 produits dans les infrastructures plus coûteuses.

4.2.2 Les faits saillants concernant les continuums de services

CONTINUUM DE SERVICES EN SANTÉ PHYSIQUE

Améliorer l'accès aux soins et services médicaux de première ligne

Après plus de quatre années de travaux dont l'objectif était d'accroître l'accessibilité aux services médicaux généraux à Montréal, nous ne constatons aucun changement significatif sur le terrain. Il y a toujours un morcellement des ressources, soit au-delà de 450 lieux de pratique où la population reçoit des services médicaux généraux. Il y a peu de liens entre les cliniques médicales et les CLSC où se retrouvent la plupart des professionnels offrant les services infirmiers, psychosociaux et de réadaptation de première ligne. L'objectif visant à assurer à toute la population du territoire la prestation continue d'une gamme complète de soins et de services de santé de première ligne n'est pas atteint.

Cependant, des étapes importantes ont été franchies quant à la mobilisation des médecins de Montréal vers des objectifs communs. Un Département régional de médecine générale a été mis sur pied regroupant les 2 190 omnipraticiens de Montréal. Il est dirigé par un chef de département appuyé d'un comité de direction formé de 13 médecins élus par leurs pairs.

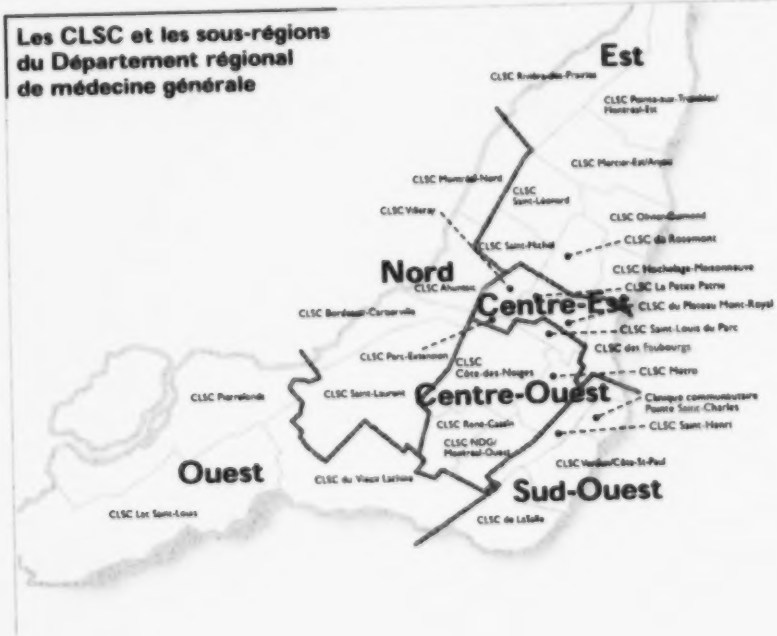
Ressources du réseau médical de première ligne

CLSC	29
CHSLD	65
Cabinets médicaux et cliniques	Environ 350
Groupes de médecine de famille (GMF)	2
Unités de médecine familiale	7

Le département a subdivisé Montréal en six sous-régions pour des fins de planification des services médicaux de première ligne.

Il s'est aussi fixé quatre priorités : la mise sur pied d'un réseau d'accessibilité 365 jours aux services médicaux, le démarrage de groupes de médecine de famille (GMF), la réorganisation des services médicaux en maintien à domicile et la prise en charge des clientèles vulnérables.

Les CLSC et les sous-régions du Département régional de médecine générale



Des regroupements de médecins intéressés à devenir des groupes de médecine de famille (GMF) ont commencé à se manifester à Montréal. De plus, conformément à ses responsabilités légales, le Département a travaillé à définir un plan d'organisation des services médicaux généraux et à identifier les besoins en effectifs médicaux généraux pour la région. Le plan proposé fait partie intégrante de la démarche de planification stratégique 2003-2006 de la Régie régionale.

LES ENJEUX

- Démarrage des groupes de médecine de famille (GMF).
- Rapidité de l'implantation.
- Prise en charge des clientèles vulnérables : personnes en perte d'autonomie ou en soins palliatifs à domicile, personnes souffrant de maladie pulmonaire, d'insuffisance cardiaque, de maladie mentale, de diabète.
- Liaison avec les CLSC : accès aux services professionnels, au soutien à domicile, à Info-Santé et aux centraux pour l'accès 24 heures/7 jours.

Régler, de façon permanente, l'engorgement des salles d'urgence

	1998-1999	2001-2002
Séjours de plus de 24 heures	22,2 %	26,2 %
Séjours de plus de 48 heures	3,5 %	9,8 %

Il est clair aujourd'hui que la mise en place de solutions durables à l'engorgement des urgences nécessitera un effort concerté des établissements et de l'ensemble du réseau.

LES ENJEUX

- Implantation d'une première ligne médicale forte.
- Pertinence des hospitalisations et de la durée des séjours.
- Ouverture des centres ambulatoires.
- Disponibilité des lits de courte durée.
- Utilisation optimale des ressources d'hébergement de longue durée et de services de réadaptation.
- Prise en charge dans la communauté, des personnes en perte d'autonomie et des malades chroniques.
- Implantation du guide de gestion des urgences dans toutes les salles d'urgence.
- Implantation généralisée d'un système d'information clinique et administratif.

Améliorer l'accès aux soins et services ultraspécialisés

LES ENJEUX

- Regroupement et concentration des services pour les soins ultraspécialisés : qui fait quoi et où ?
- Coopération interétablissements afin d'optimiser la capacité régionale de production.
- Développement de cliniques affiliées.
- Prévention des chutes et des maladies cardiovasculaires.
- Mise en opération des centres ambulatoires.
- Recrutement et formation de personnel.
- Développements ciblés versus capacité et priorités opératoires dans les hôpitaux généraux.
- Gestion informatisée des listes d'attente et interconnectivité des systèmes d'information.
- Ouverture des plateaux techniques aux médecins de la communauté.
- Ajustement de l'offre et de la demande en fonction de l'ajout de nouveaux équipements et de la disponibilité du personnel en radiologie.
- Informatisation des données dans le système d'information en radiologie et confidentialité des données.

Le nombre de chirurgies réalisées dans les secteurs ciblés a augmenté globalement chaque année. Malgré cela, les délais d'accès ne diminuent pas, car la demande pour ces services augmentent aussi chaque année.

Type de chirurgies	Chirurgies réalisées 1999 > 2002	Augmentation du volume de personnes desservies	Chirurgies projetées 2002-2003	Attente : % de la clientèle et délai
Cardiaque	4 883 > 5 066	4 %	5 600	41 %, au moins 3 mois
Orthopédique - genou et hanche	2 172 > 2 392	9 %	2 375	40 %, plus de 6 mois
Cataracte	15 160 > 20 521	35 %	19 000	25 %, au moins 6 mois

CONTINUUM DE SERVICES AUX PERSONNES ÂGÉES

Situation	2,5 heures/soins et +	%	Total
1997-1998	6 084	44,1 %	13 781
31 mars 2002	6 450	47,6 %	13 542
Écart	366	3,5 %	- 239

Améliorer la réponse aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie

Pour maintenir les personnes âgées dans la communauté, la tendance de l'hébergement institutionnel doit être renversée au profit du maintien à domicile, tout en augmentant et en améliorant les services d'hébergement pour les clientèles en plus grande perte d'autonomie qui les requièrent. À ce jour, nous sommes encore loin de notre objectif d'augmenter le nombre de places pour une clientèle nécessitant plus de soins.

En 1997-1998, 22 771 personnes bénéficiaient de soins à domicile dispensés par les CLSC. En 2001, ce sont 28 834 personnes qui étaient desservies, soit une augmentation de clientèle de 27 % par rapport à l'année 1997-1998.

LES ENJEUX

- **Accès aux services médicaux à domicile.**
- **Budget per capita visé à moyen terme.**
- **Établissement d'une politique de soutien à domicile (partage des responsabilités entre différents secteurs).**
- **Concentration et intensification des services.**
- **Développement, dans la communauté, de ressources alternatives à l'hébergement : ressources de type intermédiaire et familial, logements sociaux avec services.**

CONTINUUM DE SERVICES EN DÉFICIENCE PHYSIQUE

La réadaptation

Le réseau compte 12 établissements de réadaptation, soit 6 centres hospitaliers de réadaptation (CHR) et 6 centres de réadaptation (CR), auxquels s'ajoutent 5 unités de réadaptation intensive en CHSLD. Ces établissements offrent des services aux différents types de clientèles, enfants comme adultes, présentant une déficience physique, c'est-à-dire une déficience motrice, visuelle, auditive ou du langage et de la parole.

Dans son plan 1998-2002, la Régie régionale a opté pour le maintien, dans les CHR et les unités de réadaptation en CHSLD, des 731 lits de réadaptation fonctionnelle intensive pour la clientèle adulte présentant une déficience motrice. Pour ce qui est des CR, la Régie régionale a procédé, depuis 1998, à plusieurs états de situation exhaustifs sur les services offerts par ces établissements, tel que prévu au plan, afin de mieux documenter les problématiques d'accessibilité et les correctifs à apporter. Une série de travaux ont par la suite été entrepris et menés à terme. Dans certains cas, des demandes de développements budgétaires ont été déposées au ministère.

Le maintien dans la communauté

L'élimination des listes d'attente pour les personnes nécessitant des services à domicile a partiellement été atteinte avec l'attribution de 53,6 % du budget prévu pour les 29 CLSC. Constat : une hausse de la demande et un allongement des listes d'attente. Pour le soutien aux familles, on note un manque à gagner de 60 % des budgets prévus, et une baisse du nombre d'usagers en attente de services.

LES ENJEUX

- Simplifier l'organisation des services de réadaptation.
- Départager la clientèle et les ressources du continuum de services en santé physique du continuum de services en déficience physique.
- Établir un partage clair des responsabilités entre le réseau de la déficience physique et celui de la gériatrie au niveau des services de réadaptation.
- Obtenir un budget récurrent pour financer les améliorations nécessaires aux services.
- Développer un parc de ressources résidentielles et d'hébergement adaptées aux besoins de la clientèle.
- Développer des systèmes d'information adéquats pour suivre l'évolution de la clientèle et des services.
- Améliorer la coordination entre les établissements concernés pour le secteur de la traumatologie.
- Optimiser les services de soutien à la famille et de maintien à domicile.

CONTINUUM DE SERVICES EN SANTÉ MENTALE

Le « *Défi de l'accès* » avait défini des objectifs visant à poursuivre le passage d'un modèle d'hospitalisation vers un modèle de services dans la communauté. L'accès à des services dans la communauté, tel que planifié, n'a pu se réaliser totalement, entre autres, en raison de la difficulté de réallouer toutes les sommes prévues. Cependant, le développement de places et le transfert de personnes vers des ressources dans la communauté, en centres d'hébergement ainsi que vers les ressources résidentielles et en réadaptation, sont bien amorcés et se poursuivent. La grande majorité des usagers hospitalisés pour lesquels nous avions planifié l'intégration dans la communauté ont quitté les hôpitaux ou sont en voie de le faire.

Du côté des services de base en santé mentale, l'attribution d'un budget de 2,9 M$ aux 29 CLSC permettra de poursuivre la mise en place de ces services selon les priorités retenues.

Par ailleurs, une meilleure utilisation de l'hospitalisation psychiatrique est toujours souhaitée. Aussi, 320 des 350 lits de longue durée ciblés dans les hôpitaux psychiatriques ont été fermés. Pour les 400 usagers adultes de l'Hôpital Rivière-des-Prairies présentant une déficience intellectuelle, les efforts de réinsertion sociale se poursuivent vers des centres de réadaptation.

LES ENJEUX

- Instauration d'un réseau de soins partagés entre les omnipraticiens et les psychiatres.
- Liaison entre la première et la deuxième ligne pour un réseau de services intégrés.
- Sectorisation des services et choix des patients.
- Développement du logement social avec services.
- Redéploiement versus développement dans le contexte interrégional.

CONTINUUM DE SERVICES EN DÉFICIENCE INTELLECTUELLE

L'accessibilité aux services en déficience intellectuelle a pu être augmentée grâce à l'injection d'un budget de développement équivalent à 48 % de l'objectif visé et aux efforts de transformation des services résidentiels faits par les centres de réadaptation en déficience intellectuelle. Cependant, les listes d'attente importantes demeurent un problème aigu, particulièrement pour les enfants de cinq ans et moins, les personnes présentant un trouble envahissant du développement et les personnes ayant besoin d'un milieu de vie substitut. La réduction de ces temps d'attente demeurera un objectif prioritaire ainsi que l'achèvement d'un réseau de services intégrés pour les personnes autistes et celles présentant un trouble envahissant du développement.

Nouveaux services et listes d'attente

		Personnes nouvelles desservies	Capacité de desserte	État des listes d'attente
Tous programmes confondus		281	↑ 7 %	↓ 10 %
Programme résidentiel		41	↑ 2 %	maintien
Programme socioprofessionnel	435	118	↑ 5 %	↓ 23 %
Programme soutien		276	↑ 20 %	↓ 9 %
- Services aux 0-5 ans		58	↑ 16 %	maintien
- Clientèle TED				

LES ENJEUX

- S'assurer d'une organisation de services de qualité et d'un support adéquat aux familles et aux proches des personnes provenant de l'Hôpital Rivière-des-Prairies présentant des profils de besoins d'intensité importante.
- Obtenir le solde récurrent des 12 M$ de développement nécessaire pour atteindre l'objectif de réduction des listes d'attente, plus particulièrement en ce qui a trait aux services résidentiels et aux services aux enfants de moins de cinq ans pour lesquels on note une demande accrue, et ce, malgré un développement important de services.
- Planifier nos actions par l'établissement de partenariats avec de multiples réseaux, et ce, dans le cadre de l'implantation de la politique en déficience intellectuelle, où le réseau social de la personne présentant une déficience intellectuelle est un enjeu majeur.

CONTINUUM DE SERVICES EN ADAPTATION SOCIALE

Jeunesse

Dans le cadre du Projet jeunesse montréalais, des travaux ont été réalisés avec les centres jeunesse et les CLSC afin d'implanter des services de première ligne visant le développement de l'intervention en amont de la Protection de la jeunesse. La mise en opération de ces principes est toutefois difficile au niveau local en raison d'un manque d'effectifs dans les CLSC et d'un engorgement perpétuel des services résidentiels dans les centres jeunesse, notamment au Centre jeunesse de Montréal.

Alcoolisme et toxicomanie

Avec le déploiement de programmes spécialisés pour le traitement à la méthadone auprès d'environ 1 200 héroïnomanes, le « *Défi de l'accès* » a confirmé le leadership et l'expertise de la région de Montréal dans ce domaine. D'autres clientèles ont bénéficié de la mise en place de services, comme les personnes aux prises avec des problèmes d'alcoolisme/toxicomanie et santé mentale, mais il reste à les consolider. Les cocaïnomanes, en raison des épidémies d'hépatites et de VIH dans cette population, et les détenus dans les établissements provinciaux de Montréal devront faire l'objet de nos préoccupations. Il en est de même pour le développement des services en désintoxication.

Itinérance

Les besoins de quelque 28 000 itinérants dont 40 % souffrent de problèmes de santé mentale et 50 %, de problèmes de toxicomanie sont à la fois énormes et complexes. Le développement d'un plan intersectoriel avec la Ville de Montréal, les organismes communautaires et la Régie régionale s'impose pour répondre aux besoins de ces personnes. Des ententes de partenariat et des actions conjointes représentent des voies de solutions à une problématique urbaine qui interpelle plusieurs milieux.

LES ENJEUX

- Établir des modalités de prestation de services et d'allocation de ressources entre les CLSC et les centres jeunesse pour développer l'intervention en amont de la Protection de la jeunesse.
- Mettre en œuvre les plans d'actions préventives dans certains territoires.
- Obtenir l'adhésion des partenaires sur le terrain.
- Favoriser l'acceptation sociale des programmes d'aide et de soutien aux toxicomanes.
- Travailler en partenariat, notamment avec la Ville de Montréal, aux problématiques sociales urbaines ou émergentes (jeu excessif, violence, violence faite aux femmes, itinérance).

4.2.3 L'amélioration continue de la qualité et l'évaluation des résultats

Tableau de bord et rapports annuels

La Régie régionale s'était donné comme objectif d'évaluer le degré d'atteinte des objectifs du « *Défi de l'accès* » sur trois plans : efficacité (impact sur la santé et le bien-être), réactivité (satisfaction des usagers), efficience (productivité des ressources).

Le suivi du « *Défi de l'accès* » 1998-2002 a été assuré par une reddition de comptes intégrée supportée par la publication annuelle d'un tableau de bord central présentant les résultats observés sur les indicateurs de résultats reliés aux objectifs du plan stratégique. De plus, le rapport annuel a été remanié de façon à ce qu'il porte sur le degré d'atteinte des cibles visées dans le plan 1998-2002.

Cette expérience nous prépare bien à une gestion orientée vers les résultats, la transparence et l'imputabilité. De plus, notre direction de santé publique a produit cinq rapports annuels sur la santé de la population montréalaise, rapports qui nous aident à évaluer l'impact de nos actions et à éclairer les décisions que nous avons à prendre pour améliorer l'état de santé et de bien-être des Montréalais.

2002 La santé urbaine, une condition nécessaire à l'essor de Montréal

2001 Un nouvel éclairage sur la santé mentale des adultes montréalais

2000 Impact de la transformation du réseau montréalais sur la santé

1999 Prévenir, guérir, soigner : Les défis d'une société vieillissante

1998 Les inégalités sociales de la santé

Documents disponibles à l'adresse Internet : www.santepub-mtl.qc.ca

Évaluation de la satisfaction des usagers

Dès 1994, la Régie régionale de Montréal a élaboré un concept de services permettant de mesurer le degré de satisfaction face aux services reçus dans toutes les catégories d'établissements et dans les cliniques médicales.

Cet outil, respectant les meilleures pratiques en ce domaine (BMJ, Volume 324, 16 mars 2003), a servi à la tenue de cinq enquêtes de satisfaction auprès des usagers montréalais. De plus, les outils d'évaluation de la satisfaction des usagers, de formation et de mobilisation du personnel ont été développés avec la collaboration de 22 établissements du réseau.

Après des années de développement et d'expérimentation d'un programme intégré d'amélioration continue de la qualité des services, la Régie régionale a présenté les résultats de la démarche régionale lors du colloque « *Évaluer pour s'améliorer* », en mai 2000, et a recommandé la généralisation d'un tel programme à tous les établissements.

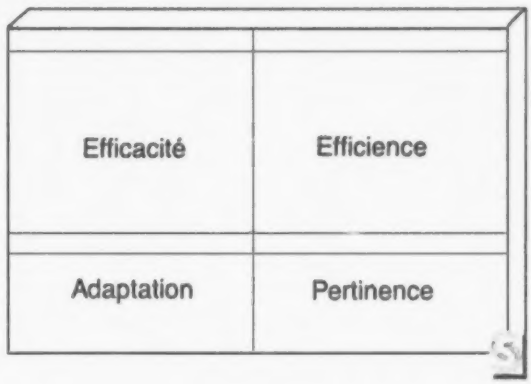
L'instrumentation qui a servi à l'évaluation de la satisfaction des patients de tous les hôpitaux et de tous les CLSC du Québec pour la production des bulletins de santé de ces deux types d'établissements a été tiré, dans une large mesure, des outils développés par la Régie régionale de Montréal.

Nous pensons que toutes les conditions sont maintenant réunies pour généraliser, dans tous les établissements de santé et de services sociaux, l'implantation d'un processus d'amélioration continue de la satisfaction des usagers et pour l'inclure dans la reddition de comptes.

LES ENJEUX

- **Implanter un système intégré et équilibré d'évaluation de la performance du réseau régional et de chacun des établissements.**
- **Passer de trois à quatre dimensions en ajoutant la pertinence à l'efficacité, à l'efficience et à l'adaptation (réactivité).**
- **Évaluer l'équité en relation avec les caractéristiques socio-économiques de la population.**
- **Impliquer les cliniciens dans l'évaluation de la performance clinique.**
- **Intégrer les indicateurs pertinents dans les ententes de gestion et d'imputabilité.**
- **Soutenir le développement d'une culture d'amélioration continue de la satisfaction.**

Modèle d'évaluation de la performance



4.2.4 Les ressources humaines

Deux chantiers ont mobilisé nos efforts, de 1998 à 2002, soit la valorisation du personnel d'encadrement ainsi que la mobilité professionnelle et le maintien des compétences.

La valorisation du personnel d'encadrement

Priorité 1 : Contribuer au repositionnement et à la revalorisation du rôle et du statut de cadre.

Priorité 2 : Doter la région d'un véritable plan de main-d'oeuvre et de mobilité de carrière du personnel d'encadrement.

Face au vieillissement du personnel d'encadrement, il nous est apparu urgent de se doter d'une stratégie intégrée qui permette l'identification, le développement, le recrutement, l'intégration et la mobilité des candidats à des postes critiques.

La mobilité professionnelle et le maintien des compétences

Priorité 3 : Doter la région d'un véritable plan de main-d'oeuvre.

La situation préoccupante de la main-d'œuvre infirmière a mené la Régie régionale à en suivre l'évolution de très près au moyen d'une stratégie de suivi et d'interventions ciblées :

- colloque régional sur la planification de la main-d'œuvre (PMO) infirmière en mars 2001;
- mesures de soutien aux établissements pour les étés 2000, 2001 et 2002;
- programme d'actualisation des infirmières ayant quitté la profession;
- collaboration, avec le Comité sectoriel d'adaptation de la main-d'œuvre pour personnes immigrantes, (CAMO-PI), à un projet visant l'intégration à la profession d'un groupe d'infirmières issues de l'immigration;
- travaux, avec les partenaires du réseau, sur les dimensions d'organisation du travail et de présence au travail.

D'autre part, certains moyens favorisant l'attraction, la rétention et la relève de main-d'œuvre salariée ont été mis en place :

- monitorage des données de recrutement, départs, postes vacants et absences;
- diffusion du bulletin l'Échangeur RH, un véhicule d'information à l'intention des directions d'établissements et de leurs équipes de ressources humaines;
- présence régionale dans des salons et diffusion de publications visant la promotion du réseau de santé montréalais.

Priorité 4 : Améliorer les conditions de replacement et de mobilité professionnelle au sein de la région.

Depuis le début de la transformation du réseau et pour l'ensemble des quatre années du plan régional d'amélioration des services, le Service régional de main-d'œuvre (SRMO) a traité plus de 20 000 requêtes provenant de tous les secteurs d'activités et représentant autant de mouvements de personnel au sein et entre les établissements pour ce

Inscription des salariés

	Disponible au 1er avril	Inscription en cours de période	Replacement (fermeture du dossier)	Disponible au 31 mars
1996-1997	3 544	596	2 348	1 792
1997-1998	1 792	347	1 621	518
1998-1999	518	222	425	315
1999-2000	315	82	207	190
2000-2001	190	50	124	117
2001-2002	117	64	94	88

Source : OSIOR

mécanisme conventionné de gestion régionale de la main-d'œuvre. De ce total, on en compte 6 395 pour des postes d'infirmières, 777 pour des postes d'infirmières auxiliaires et 5 413 dans les secteurs paratechniques et soins infirmiers.

Il faut mentionner que trois programmes spéciaux nationaux de subventions visant à réduire les coûts de sécurité d'emploi (1999-2000, 2000-2001 et 2001-2002) ont été menés avec succès dans la région et ont permis d'apporter une solution permanente dans de nombreux dossiers.

Priorité 5 : Supporter les directions d'établissements dans leurs efforts pour maintenir les compétences de leur personnel.

Depuis la mise en œuvre du « *Défi de l'accès* », l'intervention de la Régie régionale en matière de développement des compétences, avec la formation-réseau, a bénéficié à l'ensemble des continuums de services et soutenu des projets de formation pour près de la moitié des mesures du plan d'amélioration des services 1998-2002. De plus, quelques-uns des projets réalisés comprenaient une formation de formateurs afin de rejoindre un plus grand nombre d'intervenants au sein des établissements et organismes concernés. Enfin, le suivi régulier des projets de formation a été l'occasion d'introduire une mesure systématique d'évaluation des impacts de la formation. Cette mesure permettra, au terme des projets, de mesurer le niveau d'atteinte des objectifs en regard du changement souhaité.

Globalement, pour les quatre années du plan, le soutien de la Régie régionale dans le développement des compétences du personnel réseau a impliqué la coordination d'une quarantaine de projets régionaux de formation, la réalisation de 362 sessions de formation avec l'implication de 6 994 participants.

LES ENJEUX

- Disponibilité d'une main-d'œuvre compétente pour répondre aux besoins requis par les soins et services à offrir.
- Développement de la relève cadre.
- Gestion de la présence au travail et mobilisation.
- Planification de la main-d'œuvre dans les deux futurs centres hospitaliers universitaires.
- Développement des compétences.
- Accompagnement à la gestion du changement.

4.2.5 Les ressources informationnelles

Dans le cadre du « *Défi de l'accès* » 1998-2002, la Régie régionale avait identifié un certain nombre de projets incontournables et essentiels à l'atteinte des objectifs visés.

Les projets incontournables

- L'adaptation des systèmes et équipements informatisés au passage à l'an 2000 a été complétée avec grand succès. Ce dossier aura retenu notre attention dès octobre 1997 jusqu'en avril 2002 alors que la dernière contribution du ministère a été transmise aux établissements. Globalement, nous avons reçu des demandes totalisant 75 M$. Ces demandes ont été analysées et une somme de 60 M$ a été approuvée. Un financement combiné Régie régionale - ministère, de l'ordre de 45 M$, a été consenti.

- Le déploiement de l'inforoute sociosanitaire proposé dans la planification stratégique du ministère en 1997 a bénéficié et bénéficie encore d'un développement budgétaire assumé par ce dernier. Le déploiement technique s'est amorcé à l'automne 1998 et rejoint aujourd'hui la majorité des établissements publics de la région. Des 141 établissements de la région, 119 ont accès à l'inforoute RTSS (Réseau de télécommunication sociosanitaire). La région a toujours maintenu une présence active aux comités de direction, d'ingénierie et d'assurance qualité du RTSS et a contribué, autant qu'elle le pouvait, à répondre aux nombreux centres de recherche implantés dans les établissements du réseau.

- L'implantation et le support au déploiement de Lotus Notes, pour la transmission d'information au sein du réseau régional, a débuté en octobre 1997 et se poursuit toujours. La région compte actuellement 22 500 utilisateurs répartis dans 94 établissements montréalais. La Régie régionale a clairement affiché son intention de valoriser Lotus Notes, comme l'ont fait de grandes organisations comme Desjardins, la Ville de Montréal et IBM. Dans cette perspective, nous avons cherché à développer et à partager des applications qui favorisent ou supportent le continuum de services interétablissements tout autant qu'une gestion collaborative des processus de travail.

Le technocentre régional

Si la notion de technocentre régional était encore embryonnaire au début de 1998, on comprendra qu'elle est rapidement venue s'ajouter au nombre des projets incontournables. Le technocentre a pour mission de développer, déployer et supporter des applications favorisant l'échange d'information entre les établissements de la région et de mettre en œuvre un infocentre régional.

Installé initialement dans les bureaux de la Régie régionale rue Saint-Denis, le technocentre régional se relogeait rue Christophe-Colomb, en septembre 1999, pour y héberger notamment, les serveurs Notes, l'aiguilleur RTSS, mais aussi les serveurs des applications destinées aux établissements du réseau (CLSC, centres d'hébergement et de soins de longue durée, etc.). La Régie régionale a donc assuré le financement de l'exploitation et des immobilisations au cours des trois premières années d'opération. En 2001-2002, la Régie régionale a procédé à une réallocation récurrente de 4 M$ pour assurer la pérennité du financement de cette infrastructure essentielle aux échanges d'information entre les professionnels et les gestionnaires œuvrant au sein du réseau régional de la santé et des services sociaux.

Les projets essentiels

Plusieurs autres projets jugés essentiels en 1998 ont bénéficié d'une attention particulière au cours des années qui ont suivi. Parmi ceux-ci, pensons aux déploiements nationaux des systèmes d'information clientèle en CLSC, des systèmes de gestion des urgences, du système d'information sur le dépistage du cancer du sein et du système des centres d'hébergement et de soins de longue durée. On doit également tenir compte des efforts soutenus qui ont mené au financement tout récent des systèmes de laboratoires et des systèmes dédiés aux centres jeunesse.

De façon plus autonome, la Régie régionale a assuré le développement d'outils de gestion et de suivi dans le secteur de la chirurgie cardiaque de même que pour le suivi de la situation des urgences. Elle a également supporté activement le développement et le déploiement d'outils d'échange d'information dans le réseau d'établissements montréalais notamment pour accélérer la transmission des avis de naissances et assurer une meilleure gestion des demandes de services et des prises en charge. Nos équipes ont participé à la définition de systèmes communs d'information pour les centres ambulatoires et verront prochainement à les développer.

LES ENJEUX

- **Le financement du maintien des actifs technologiques et informationnels et des coûts d'opération récurrents des ressources informatiques.**
- **Le financement et l'harmonisation des technologies et systèmes d'information du Centre hospitalier de l'Université de Montréal et du Centre universitaire de santé McGill.**
- **La protection des données personnelles du citoyen, la sécurité informatique, la gestion des documents électroniques à valeur légale.**
- **La carte santé : intégration et optimisation dans les établissements montréalais des deux cartes (carte santé des citoyens, carte d'habilitation des intervenants).**
- **L'uniformisation et la normalisation d'informations cliniques entre les différents réseaux de services.**
- **L'utilisation et l'intégration de données reliées à la performance du réseau.**
- **L'accès du public et du réseau à des données et à de l'information factuelle et opérationnelle sur les services.**

5.
Priorités montréalaises 2003-2006

Nous proposons de concentrer nos efforts sur six grandes priorités :

1. **Réduire l'impact des inégalités sociales sur la santé par des actions efficaces de prévention**
2. **Apporter, en partenariat, des solutions adaptées aux problématiques sociales montréalaises :**
   - jeunesse en difficulté
   - violence
   - prostitution
   - itinérance
   - logement social
   - jeu pathologique
   - alcoolisme et toxicomanie
3. **Développer un réseau de services de première ligne tissé serré autour des groupes de médecine de famille (GMF)**
4. **Assurer l'accès aux services médicaux et hospitaliers à l'intérieur des délais recommandés :**
   - doter Montréal d'un réseau d'accès rapide aux services diagnostiques disponibles de 8 h à 20 h, 365 jours par année, 7 jours sur 7
   - concentrer dans des centres désignés les activités de chirurgie de la cataracte et de remplacement de la hanche et du genou
5. **Développer des programmes et des réseaux de services intégrés autour des clientèles vulnérables :**
   - personnes âgées en perte d'autonomie
   - personnes souffrant de maladies chroniques évolutives (maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), insuffisance cardiaque, diabète)
   - personnes atteintes de cancer
   - personnes atteintes du SIDA
   - personnes souffrant de maladie mentale
   - personnes présentant des troubles envahissants du développement (TED)
6. **Se doter des plans régionaux d'organisation des services dans quatre secteurs prioritaires :**
   - services d'hébergement et de soins de longue durée
   - services aux personnes ayant une déficience physique
   - services aux personnes ayant une déficience intellectuelle
   - services en périnatalité

Pour chaque priorité, nous préciserons les résultats attendus en 2006 et les actions proposées pour y arriver.

Les besoins financiers sont identifiés selon qu'il s'agisse de développement budgétaire récurrent, d'une dépense non récurrente, d'un investissement en immobilisation ou en équipement, de l'indexation des dépenses reliée à la croissance annuelle des coûts de services de santé et des services sociaux établis à 2,6 % dans le plan d'action ministériel « *Pour faire les bons choix* ».

La consultation sur les priorités montréalaises 2003-2006 vise à valider la pertinence des priorités proposées, le degré d'importance à accorder à chacune, la valeur des résultats attendus et notre capacité de les atteindre par les actions proposées et les ressources financières envisagées.

5.1 Réduire l'impact des inégalités sociales sur la santé par des actions efficaces de prévention

Pour atteindre cet objectif, nous nous doterons d'un Plan d'action montréalais en santé publique que nous réaliserons de 2003 à 2006. Ce plan, « *La prévention en actions* », comportera des actions concrètes permettant la consolidation et le développement de mesures efficaces pour prévenir les problèmes de santé et les problèmes sociaux les plus importants à Montréal. Nous travaillerons ainsi à améliorer les résultats de santé et de bien-être montréalais documentés dans le rapport annuel 2002 de la Direction de santé publique, « *La santé urbaine, une condition nécessaire à l'essor de Montréal* ».

Ce rapport pose un regard critique sur l'état de santé de la population montréalaise par rapport à d'autres grandes villes canadiennes. Un de ses principaux constats est la présence, à Montréal, d'inégalités sociales qui ont un impact très grand sur la santé des personnes vivant dans certains quartiers bien identifiés de la ville, personnes qui ont un statut socio-économique défavorisé. Réduire l'impact de ces inégalités sociales sur la santé par des mesures efficaces de prévention est un objectif primordial.

En plus de poursuivre cet objectif prioritaire, la Régie doit, conformément à la nouvelle Loi sur la santé publique, se doter d'un Plan d'action montréalais en santé publique. Ce plan prendra appui sur des stratégies reconnues efficaces et indiquées au Programme national de santé publique 2003-2012 :

- renforcer le potentiel des personnes;
- soutenir le développement des communautés;
- favoriser la création d'environnements favorables;
- soutenir les groupes vulnérables;
- participer activement à la concertation intersectorielle;
- agir avec célérité pour contrer les menaces à la santé de la population;
- encourager les pratiques cliniques préventives.

Le plan d'action propose 16 objectifs regroupés en six axes :

Axe 1 : La réduction des inégalités sociales de la santé et un engagement confirmé auprès des communautés et des milieux de vie

Axe 2 : L'intégration des mesures préventives dans les pratiques médicales et professionnelles

Axe 3 : La réduction des problèmes liés au développement, à l'adaptation et à l'intégration sociale des enfants, des jeunes, des adultes et des personnes âgées

Axe 4 : La prévention des maladies et des traumatismes ayant un impact mesurable

Axe 5 : La prévention et la vigie sanitaire concertées des menaces réelles ou appréhendées dues à des agents biologiques, chimiques ou physiques

Axe 6 : Une connaissance approfondie de l'état de santé globale de la population et de ses déterminants

Pour plus d'information, consulter le document « *La prévention en actions* » Plan d'action montréalais en santé publique.

Les deux premiers axes proposent des stratégies transversales et les quatre autres, des stratégies spécifiques aux domaines de la santé publique suivants : le développement de l'adaptation et de l'intégration sociale, les habitudes de vie et les maladies chroniques, les traumatismes non intentionnels, les maladies infectieuses, la santé environnementale, la santé en milieu de travail.

La préoccupation pour la réduction de l'impact des inégalités sociales sur la santé est présente dans plusieurs des actions proposées dans les divers axes. La priorité accordée à cet objectif se concrétisera en particulier à travers les actions proposées dans l'axe 1 qui lui est consacrée. Plusieurs des projets mis de l'avant dans l'axe 3 touchent la réduction des problèmes d'adaptation et d'intégration sociale des enfants, des jeunes, des adultes et des aînés et contribueront aussi à l'atteinte de cet objectif.

AXE 1 : La réduction des inégalités sociales de la santé et un engagement confirmé auprès des communautés et des milieux de vie

Les inégalités sociales constituent un facteur majeur d'influence sur l'état de santé d'une population. À Montréal, les écarts de santé entre secteurs riches et pauvres sont très marqués à plusieurs égards : l'espérance de vie à la naissance, l'espérance de vie en bonne santé, le nombre de grossesses à l'adolescence, la détresse psychologique, le nombre d'hospitalisations et diverses causes de mortalité. On note aussi que, pour la plupart des indicateurs socio-économiques, notamment la scolarité et le revenu, Montréal se classe en queue de peloton parmi les régions urbaines du Canada. On observe aussi que le cumul des facteurs de vulnérabilité, notamment chez les groupes en situation précaire et les nouveaux arrivants, se traduit par un clivage Nord-Ouest/Sud-Est.

> **Les actions proposées visent la mobilisation des communautés, la création de milieux favorables à la santé, la promotion de politiques publiques saines, c'est-à-dire qui favorisent l'amélioration de la santé particulièrement par le développement durable en matière de sécurité alimentaire, le développement des communautés et la lutte contre la pauvreté.**

AXE 2 : L'intégration des mesures préventives efficaces dans les pratiques médicales et professionnelles

Il est établi qu'une action de prévention est possible, efficace et rentable pour plusieurs problèmes de santé et de bien-être. Rappelons que le capital santé d'une population est hypothéqué par divers comportements que les individus adoptent, comme la consommation de tabac, la sédentarité, les mauvaises habitudes alimentaires, les comportements sexuels à risque, l'usage de drogues et d'alcool.

Diverses stratégies sont utilisées par les cliniciens pour appliquer les pratiques préventives reconnues efficaces auprès des individus, par exemple : renforcer le développement des habiletés personnelles pour l'adoption de comportements favorables à la santé, encourager l'éducation à la santé et le counselling (ex. : l'abandon du tabac), faire le dépistage (ex. : cancer du sein) et offrir des mesures de protection (ex. : la vaccination).

> **Les actions proposées visent à outiller et à soutenir les omnipraticiens, les professionnels des CLSC ainsi que certains spécialistes pour renforcer le dépistage, l'éducation à la santé et des mesures de protection adaptées.**

AXE 3 : La réduction des problèmes liés au développement, à l'adaptation et à l'intégration sociale des enfants, des jeunes, des adultes et des personnes âgées

Montréal compte 127 000 enfants entre 0 et 5 ans dont la grande majorité se développe normalement. Toutefois, le développement de certains d'entre eux peut être compromis en raison d'un contexte de vie peu propice. En effet, près de la moitié (44 %) vivent sous le seuil de faible revenu et un enfant de moins de six ans sur cinq vit dans une famille monoparentale.

Les actions proposées visent à améliorer et à intégrer les programmes actuels en assurant aux mères, aux pères et aux enfants (0-5 ans) en situation de vulnérabilité (grande pauvreté, sous-scolarisation, jeune âge des mères, immigration récente) un soutien intensif. D'autre part, il faut poursuivre le travail avec les décideurs politiques et municipaux pour lutter contre la pauvreté.

Promouvoir le développement, l'adaptation et l'intégration sociale des jeunes (6-25 ans) tout en favorisant le soutien des parents et la création de milieux propices au développement

Les jeunes vivent un très grand nombre de transitions, mais certains connaissent des problèmes de santé et de bien-être liés aux difficultés d'adaptation et d'intégration sociale : le décrochage scolaire, les grossesses à l'adolescence, les troubles anxieux, les jeux de hasard et d'argent, le suicide.

Prévenir la détresse psychologique et les problèmes de santé mentale chez les adultes

Certains facteurs propres à la vie urbaine, que ce soit l'isolement social, la précarité économique ou la détresse psychologique, viennent exacerber les difficultés que vivent les différents groupes d'âge.

Les actions proposées visent simultanément plusieurs stratégies pour améliorer la santé mentale des adultes : mieux connaître les manifestations précoces des troubles et améliorer les pratiques cliniques préventives à l'endroit des personnes en détresse et des aidants familiaux en intégrant mieux la gamme complète des services (première, deuxième et troisième lignes) et en facilitant l'accès aux services aux populations immigrantes.

Créer des conditions favorables à la santé, au bien-être, à l'intégration et à la participation sociale des aînés

À Montréal, où la proportion d'aînés est plus forte que dans les autres centres urbains au Canada, une personne de 65 ans peut espérer vivre encore 13 ans sans incapacité. Toutefois, des événements peuvent compromettre cet avenir, comme le deuil d'un conjoint, avec ses répercussions émotionnelles, relationnelles et économiques. La surmortalité masculine rend les femmes plus vulnérables à cet égard : à 65 ans, 45 % d'entre elles vivent seules et, en plus, après 75 ans, près de la moitié vivent sous le seuil de faible revenu. Les incapacités liées à la mobilité physique constituent aussi une contrainte importante : une personne sur cinq en est affectée entre 65 et 74 ans, et une sur trois entre 75 et 84 ans.

Les actions proposées visent à promouvoir l'adaptation, en collaboration avec la Ville, des environnements (logements et transports adaptés et accessibles, aménagement urbain convivial et sécuritaire, etc.) en vue de favoriser l'intégration et la participation sociale des aînés, prévenir l'exclusion et retarder la perte d'autonomie.

AXE 4 : La prévention des maladies et des traumatismes ayant un impact mesurable

Les habitudes de vie des Montréalais demeurent problématiques et les tendances vont dans le sens opposé aux attentes, comme en témoignent les données sur la sédentarité, l'excès de poids et le tabagisme. Les conséquences en sont connues et les risques se trouvent multipliés si un individu cumule plusieurs de ces facteurs. Sans intervention, on connaîtra une évolution inquiétante des maladies chroniques qui hypothèquent déjà lourdement les services de santé.

On connaît l'importance de promouvoir le soutien et l'éducation auprès des personnes aux prises avec des maladies chroniques, comme les maladies cardiovasculaires, les cancers, l'asthme, les maladies pulmonaires obstructives chroniques, le diabète, l'obésité, les maladies bucco-dentaires et l'ostéoporose. En plus d'une action individuelle pertinente (gestion clinique et éducation à la santé), il faut créer des environnements favorables à la santé, notamment par le biais de la concertation intersectorielle.

Au chapitre de la mortalité par blessures, Montréal connaît des taux inférieurs ou semblables à ceux de l'ensemble du Québec, sauf pour la mortalité des piétons qui est de 25 % supérieure. En outre, les accidents demeurent la première cause de décès chez les enfants et les chutes demeurent responsables d'un fort pourcentage d'hospitalisations chez les aînés.

> **Les actions proposées visent à encourager des habitudes de vie favorables en aménageant les milieux de vie, notamment par des politiques concertées qui soutiennent la pratique de l'activité physique et une meilleure alimentation, par de meilleures stratégies de prévention du tabagisme et par un plus grand déploiement d'activités préventives des blessures et des chutes chez les aînés.**

AXE 5 : La prévention et la vigie sanitaire concertées des menaces réelles ou appréhendées dues à des agents biologiques, chimiques ou physiques

Il faut demeurer à l'affût des éclosions de maladies transmissibles dans un environnement urbain où les populations sont très mobiles. Les infections transmises sexuellement et par le sang doivent continuer d'être des préoccupations majeures. La propagation des infections VIH et hépatite C dans les groupes marginalisés, comme les usagers de drogues injectables, connaît une hausse sensible. Malgré une diminution du nombre de cas de SIDA en raison d'une meilleure thérapie, le nombre de personnes atteintes du VIH augmente. Des liens privilégiés doivent donc s'établir avec les intervenants de première ligne et du réseau hospitalier, tant pour signaler des menaces réelles ou appréhendées, que pour déclarer des maladies et pour appliquer des mesures de contrôle s'il existe des moyens efficaces et disponibles (la vaccination).

> **Les actions proposées visent à faire face aux situations urgentes, habituelles ou exceptionnelles, pouvant avoir un impact sociosanitaire, organisationnel ou économique majeur. D'autres proposent d'intensifier les efforts de prévention et de promotion des comportements sécuritaires visant à réduire les infections transmissibles sexuellement ou par le sang et améliorer l'accessibilité au continuum de services pour les populations vulnérables.**

Améliorer la santé en milieu de travail et prévenir les lésions professionnelles par l'amélioration des conditions de travail

Un peu plus d'un million de personnes travaillent à Montréal, dont le tiers ne réside pas sur le territoire. Il s'agit de 53 % d'hommes et 47 % de femmes ; les jeunes de moins de 30 ans représentent près de 25 % de la population active, tandis que les 60 ans et plus en constituent moins de 5 %. Les travailleurs se regroupent surtout dans le secteur des services (80 %) et de l'industrie manufacturière (18 %).

La Commission de la Santé et de la Sécurité au travail (CSST) a indemnisé, en l'an 2000, environ 40 000 personnes pour lésions, ce qui correspond à un recul de plus de 34 % par rapport à 1990. On assiste en outre à une hausse des problèmes de santé mentale et de violence en milieu de travail.

Les actions proposées visent à consolider les services de santé au travail, notamment à soutenir les pratiques cliniques préventives concernant les lésions professionnelles et à répondre à un problème en émergence, les troubles de santé mentale.

Prévenir les maladies d'origine environnementale, protéger la population et promouvoir un environnement sain selon une approche de développement durable

Les problèmes de qualité de l'air tant intérieur (moisissures, amiante, fumée de tabac dans l'environnement) qu'extérieur (smog urbain, pollen de l'herbe à poux, trafic routier) contribuent fortement à augmenter la morbidité et la mortalité respiratoire (asthme, rhinite allergique, aggravation des maladies cardiorespiratoires préexistantes) chez les personnes âgées. L'augmentation prévisible des températures, associée aux changements climatiques, augmentera cet impact sur la santé, et des stratégies pour s'adapter devront être implantées.

Les actions proposées visent à promouvoir, auprès des décideurs, des politiques concertées pour améliorer la salubrité des logements et des milieux institutionnels (écoles, hôpitaux), pour réduire les émissions atmosphériques de sources fixes et mobiles, pour contrôler l'herbe à poux et pour définir des stratégies d'adaptation aux changements climatiques.

En plus, en collaboration avec les différents partenaires (Ville, ministères, CLSC, organismes non gouvernementaux, médecins), il faudra sensibiliser le public et les professionnels de la santé à cet enjeu et aux mesures préventives individuelles et collectives pour réduire les sources d'exposition et les problèmes de santé (ex. : programme de contrôle de l'asthme, programme Info-Smog, programme d'alerte à la chaleur accablante,etc.).

AXE 6 : Une connaissance approfondie de l'état de santé globale de la population et de ses déterminants

Il faudra maintenir et renforcer notre capacité d'innover et de produire des données fiables pour soutenir la prise de décision.

Les actions proposées visent à assurer un meilleur accès aux données pertinentes, à en produire, à les analyser, à les diffuser auprès des décideurs et des divers partenaires en vue d'éclairer leurs choix, et à évaluer l'impact de l'organisation des services de première ligne sur la santé de la population.

De façon globale, le Plan d'action montréalais en santé publique vise les résultats attendus suivants et nécessite la réalisation des actions proposées.

Les résultats attendus

- Réduction de l'impact des inégalités sociales sur la santé.
- Amélioration des résultats de santé et de bien-être observés dans le rapport annuel 2002 de la Direction de la santé publique, « *La santé urbaine* ».

Les actions proposées

- Optimiser l'utilisation des ressources actuelles de 55,6 M$ consacrées spécifiquement à la prévention et à la santé publique à Montréal.
- Intégrer la prévention dans les activités courantes des médecins, du personnel et des établissements du réseau.
- Consolider et développer, au niveau d'intensité requis, des actions préventives reconnues efficaces, certaines menées par le réseau et d'autres réalisées avec nos principaux partenaires, en matière de santé publique et de prévention (la Ville de Montréal, le milieu scolaire, Centraide et diverses fondations, les organismes communautaires).
- Collaborer à l'arrimage des plans stratégiques des principaux acteurs montréalais visant le développement social, la lutte aux inégalités sociales et à l'exclusion, la persévérance, la réussite scolaire et le soutien aux raccrocheurs :
  - Plan stratégique 2003-2006 de la Régie régionale
  - Plan de développement social de la Ville de Montréal et conseil de ville
  - Plans stratégiques des commissions scolaires et Plan d'action pour la persévérance, la réussite scolaire et le soutien aux raccrocheurs.
- Élaborer et mettre en œuvre un Plan d'action local en santé publique dans chaque territoire de CLSC.

La réalisation de ces actions nécessitera d'y consacrer des ressources financières additionnelles de 42 M$ à répartir de la façon suivante entre les six axes du projet de Plan d'action montréalais en santé publique :

Ressources financières additionnelles requises

5.1 Réduire l'impact des inégalités sociales sur la santé par des actions efficaces de prévention

	BESOINS (M$)			
	Récurrent	Non récurrent	Immobilisations	Indexation
Axe 1 : La réduction des inégalités sociales de la santé et un engagement confirmé auprès des communautés et des milieux de vie	3,1			
Axe 2 : L'intégration des mesures préventives efficaces dans les pratiques médicales et professionnelles	2,8			
Axe 3 : La réduction des problèmes liés au développement, à l'adaptation et à l'intégration sociale des enfants, des jeunes, des adultes et des personnes âgées	23,6			
Axe 4 : La prévention des maladies et des traumatismes ayant un impact mesurable	2,8			
Axe 5 : La prévention et la vigie sanitaire concertées des menaces réelles ou appréhendées dues à des agents biologiques, chimiques ou physiques	9,2			
Axe 6 : Une connaissance approfondie de l'état de santé globale de la population et de ses déterminants	0,5			
Total	**42,0**			

Pour plus de détails, voir annexe 1

5.2 Apporter, en partenariat, des solutions adaptées aux problématiques sociales montréalaises

Nous sommes confrontés à Montréal, comme dans la plupart des grandes villes, à des problèmes sociaux d'une intensité et d'une complexité particulières en raison :

- des clivages socio-économiques et des inégalités sociales plus marqués;
- de la solitude et de l'isolement social qui caractérisent une partie importante de la population;
- de la fragilité du tissu social entourant plusieurs personnes vulnérables comme les tout-petits et les personnes âgées en perte d'autonomie dans certains quartiers;

C'est d'ailleurs l'importance et la complexité de ces problèmes à Montréal qui ont contribué à ce que la lutte à la pauvreté, à l'exclusion et aux inégalités sociales soit une des priorités retenues dans le Contrat de ville entre Montréal et le gouvernement du Québec.

Bien que Montréal soit un pôle de développement contribuant pour plus de 50 % à la richesse totale du Québec et regroupant près de la moitié des emplois, elle se caractérise aussi par les inégalités sociales et les risques d'exclusion d'une partie de sa population. La dévitalisation de certains quartiers, bien identifiés sur la carte produite par la Ville de Montréal et dans le rapport annuel 2002 de la Direction de santé publique, « *La santé urbaine* », accentue les problèmes sociaux auxquels nous sommes confrontés :

- difficultés d'insertion sociale et professionnelle de certaines catégories de personnes dont les jeunes, les immigrants et les personnes appartenant à des minorités visibles;
- paupérisation des personnes seules, des familles monoparentales et des tout-petits;
- itinérance;
- pénurie de logements abordables.

Afin d'améliorer significativement cette situation et de réduire les inégalités sociales qui entrainent des iniquités importantes dans l'accès à la santé et au bien-être, nous aurons à collaborer avec la Ville de Montréal et les ministères québécois concernés pour mieux intégrer nos interventions territoriales à l'échelle de la ville et des zones prioritaires identifiées dans le contrat de ville (voir chapitre 3, page 29). Le projet entrepris cette année[7] conjointement par la Ville de Montréal et la Commission administrative régionale des ministères et organismes à vocation sociale dans l'arrondissement Montréal-Nord est une amorce d'application, à petite échelle, d'une stratégie territoriale multisectorielle plus intégrée. (voir annexe 2)

Avec d'autres partenaires majeurs, les cinq commissions scolaires de l'Île de Montréal et le Conseil régional de développement de l'île de Montréal, nous sommes associés à une importante démarche de concertation sur l'Île de Montréal pour améliorer la persévérance et la réussite scolaire ainsi que le soutien aux raccrocheurs.

Dans ce contexte, il nous apparait que d'intervenir plus efficacement en partenariat face aux problèmes sociaux et environnementaux montréalais doit être une priorité de notre Plan stratégique 2003-2006.

7 | Projet Démarche action initié par la Conférence administrative régionale – volet Développement social en 2001-2002

5.2.1 Jeunesse

Favoriser le développement et l'adaptation sociale des jeunes demeure l'un des plus importants défis de la communauté montréalaise. La plupart des indicateurs reliés au développement des enfants et des adolescents démontrent des problèmes plus importants qu'ailleurs au Québec.

De plus, ces problèmes sont concentrés dans les zones prioritaires d'intervention identifiées par la Ville de Montréal et le gouvernement du Québec. Cette concentration est évidente, que l'on regarde la variation des taux de grossesse à l'adolescence à l'intérieur de la ville ou le taux de victimisation, abus, négligence des jeunes.

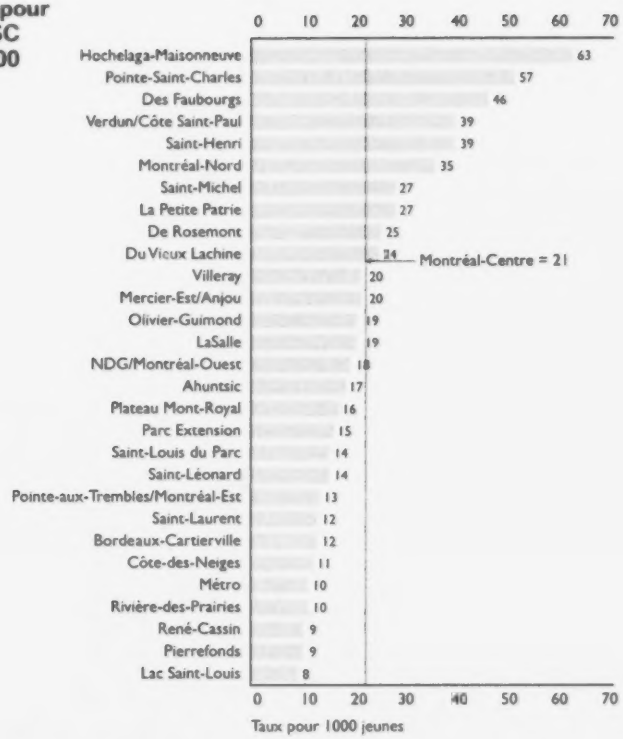
Cinquante (50) des 125 écoles secondaires de Montréal ont des indices de défavorisation parmi les plus élevés au Québec.

Indicateurs des facteurs de risque et d'adaptation sociale

		Montréal	Québec
Facteurs de risque[1]			
Naissance selon la scolarité de la mère (1994-1998) Moins de 11 ans	%	17,6	14,7
Taux de grossesse à l'adolescence (1996-1998) pour 1000 adolescentes 14-17 ans		28,1	19,6
Adaptation sociale[1]			
Taux d'incidence des nouvelles prises en charge dans le cadre de la Loi sur la protection de la jeunesse (1993-1998) (0-17 ans) pour 1000 jeunes		5,0	4,4
Taux de jeunes de 12-17 ans ayant contrevenu au Code civil et aux lois (1999) pour 100 000		6 147	5 963
Taux de victimisation pour violence conjugale (femmes de 12 ans et plus) (1999) pour 100 000		616	385
Scolarisation[2]			
Sortants sans diplômes (1999-2000)	%	32,6	26,4

1 Le portrait de santé, Le Québec et ses régions, Édition 2001, Institut national de santé publique du Québec
2 Actes du Forum régional de l'Île de Montréal sur la persévérance, la réussite scolaire et le soutien aux raccrocheurs, Michèle Fafard, ministère de l'Éducation du Québec, 2002

Taux annuel de victimisation pour le groupe d'âge 0-17 ans, CLSC de Montréal-Centre, 1998-2000

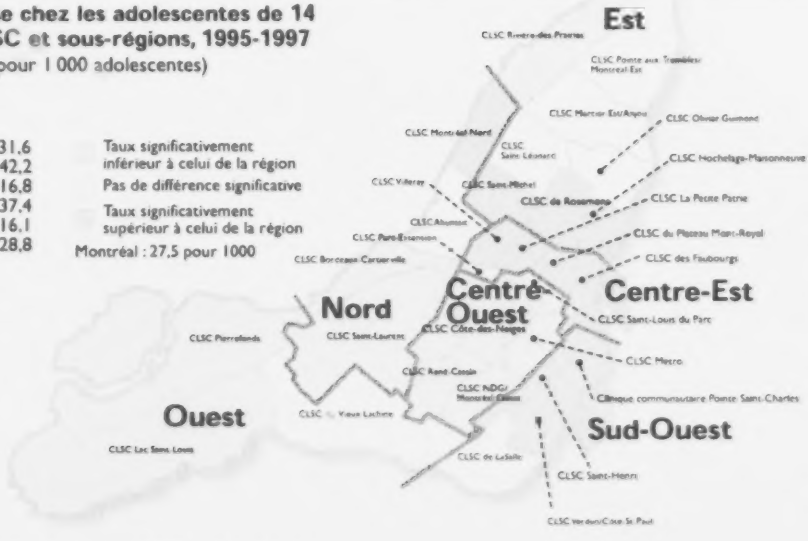


Source : www.santepub-mtl.qc.ca

Taux de grossesse chez les adolescentes de 14 à 17 ans par CLSC et sous-régions, 1995-1997
(Taux annuel moyen pour 1 000 adolescentes)

Est	31,6
Centre-Est	42,2
Centre-Ouest	16,8
Sud-Ouest	37,4
Ouest	16,1
Nord	28,8

Taux significativement inférieur à celui de la région
Pas de différence significative
Taux significativement supérieur à celui de la région
Montréal : 27,5 pour 1000



Source : « *La santé urbaine* », Rapport annuel 2002 sur la santé de la population, Direction de santé publique, 2002

Du côté des interventions et des services aux jeunes, on constate :

- des programmes de prévention efficaces dont l'intensité et l'accès sont insuffisants;
- des stratégies intersectorielles à simplifier, à mieux articuler dans des zones prioritaires communes reconnues par la Ville, l'ensemble des ministères, la Régie régionale, les commissions scolaires et Centraide;
- des services de base sous-développés en CLSC :
  - ce qui a déplacé vers les services spécialisés des centres jeunesse une partie de la fonction accueil, évaluation, orientation des demandes de services;
  - ce qui rend difficile la prise en charge en première ligne des 4 817 jeunes[8] dont le signalement n'est pas retenu par la Direction de la protection de la jeunesse mais qui présentent des problèmes de santé et des problèmes sociaux significatifs;
- des services difficiles à coordonner, lorsque les situations ne relèvent ni clairement des CLSC ni des centres jeunesse, ni des établissements en toxicomanie, en déficience intellectuelle, en déficience physique ou en santé mentale;
- des services spécialisés pour lesquels les délais d'accès à l'évaluation en protection de la jeunesse sont meilleurs que la moyenne provinciale mais en deçà des objectifs nationaux;

Durée moyenne, en jours, entre la rétention des signalements et le premier contact à l'évaluation[9] (objectif national : 12 jours)	
Centre jeunesse de Montréal	19
Centre de la jeunesse et de la famille Batshaw	17
Ensemble du Québec	22,8

- des stratégies d'intervention dont l'efficacité doit faire l'objet d'une évaluation continue.

Pour soutenir le développement, l'adaptation et l'intégration sociale des tout-petits et des jeunes, nous proposons, dans le cadre de notre Plan d'action en santé publique, de réaliser les actions suivantes :

8 | AS 400, 2001-2002, pour les deux centres jeunesse de la région de Montréal
9 | Idem

Les résultats attendus

- Diminution des problèmes de développement et d'adaptation sociale chez les enfants vivant dans un contexte de pauvreté.

Les actions proposées

Promotion du développement et de l'adaptation sociale des tout-petits

- Déployer, dans les 29 territoires de CLSC, le **Programme intégré de promotion et de prévention en périnatalité et petite enfance** à l'intention des femmes enceintes, des mères, des pères et des enfants vivant en contexte de grande pauvreté, tout en travaillant dans une perspective de santé globale.
- Travailler à l'amélioration des conditions de vie des familles (sécurité alimentaire, développement social, logement, accès au revenu, à l'éducation et à l'emploi) en particulier avec les CLSC, la Ville, les organismes communautaires.
- Soutenir les pratiques cliniques préventives chez les médecins, comme la promotion de l'allaitement maternel, le counselling sur les saines habitudes de vie (tabac et alcool) et la stimulation précoce des tout-petits.
- Favoriser des interventions en stimulation précoce (sur les plans moteur, langagier, cognitif et social) auprès des tout-petits, en complémentarité avec les CLSC et les organismes communautaires et de concert avec les milieux de garde (programme de type Fluppy).
- Soutenir la pratique de l'allaitement maternel, notamment en instaurant le réseau Amis des bébés dans les services de maternité des centres hospitaliers, les CLSC et les Maisons de naissance.

Qu'est-ce que c'est

Le Programme intégré de promotion et de prévention en périnatalité et petite enfance (Intégration des programmes « Soutien aux jeunes parents » et « Naître égaux-Grandir en santé »)

900 familles par année dont la mère a moins de 20 ans à la naissance de l'enfant;

3 200 familles vulnérables :

> Un suivi et un soutien individualisés aux familles, de la période de grossesse jusqu'à ce que l'enfant ait cinq ans.

> Une intensification des services pour les familles dont la mère a moins de 20 ans.

> La création d'environnements favorables, par le développement de projets et d'activités intersectorielles pour soutenir les familles et favoriser le développement des enfants, comme la mise en place de haltes-garderies, de services de répit de fin de semaine, l'organisation d'ateliers de stimulation précoce, de cuisines collectives, de groupes d'achat économique, de services de prêt de jouets et d'accessoires pour enfant, d'accompagnement dans la réinsertion socio-professionnelle des parents, etc.

Les services intégrés de promotion et de prévention en périnatalité et petite enfance ont permis d'observer que les femmes enceintes qui reçoivent ce type de services :

> sont en meilleure santé mentale en présentant moins d'état dépressif que les femmes enceintes du groupe qui n'ont pas accès au programme;

> reçoivent plus de soutien social, plus d'aide émotionnelle et matérielle;

> améliorent leurs habitudes alimentaires.

Les résultats attendus

- Réduction des problèmes d'adaptation sociale chez les jeunes.
- Réduction des grossesses à l'adolescence.
- Réduction des suicides chez les jeunes.
- Diminution de l'accès à l'alcool chez les moins de 18 ans.

Les actions proposées

Promotion du développement, de l'adaptation et de l'intégration sociale des jeunes

- Réduire les problèmes d'adaptation des jeunes :
  - implanter, dans les 29 territoires de CLSC, des plans locaux intersectoriels basés sur des stratégies de développement des compétences personnelles et sociales en milieu scolaire, d'accompagnement intensif des jeunes vulnérables, de soutien aux parents, et d'aménagement de milieux favorables à la santé et au bien-être;
  - en milieu scolaire, poursuivre, en collaboration avec les CLSC, l'implantation des programmes destinés aux jeunes et à leurs parents visant la persévérance scolaire, la promotion de la santé mentale, l'adaptation aux phases de transition, le développement des compétences et la prévention de la violence et des jeux de hasard et d'argent (ex. : programmes de soutien scolaire, outils d'intervention de type *Le Sac à dos, Un double saut non périlleux, Contes sur moi,* et *VIRAJ, un programme qui vise la prévention de la violence dans les relations amoureuses*, etc.);
  - poursuivre l'implantation de programmes visant à développer l'employabilité, la participation et l'insertion sociale des jeunes (comme *Pères et insertion, Freiner la marginalisation*, etc.);
  - favoriser l'accessibilité des programmes et des interventions aux jeunes immigrants .
- Réduire le nombre de grossesses à l'adolescence :
  - établir et suivre le profil des grossesses à l'adolescence;
  - améliorer l'accès à des services cliniques (ex. : cliniques jeunesse), à la contraception orale d'urgence et à des services gratuits d'interruption volontaire de grossesse;
  - soutenir le développement de pratiques cliniques préventives (ex. : information et counselling en matière de sexualité);
  - intensifier les approches intégrées de prévention.
- Réduire le suicide :
  - établir et suivre le profil des suicides chez les jeunes de Montréal;
  - consolider, par le transfert des connaissances, les interventions intégrées en prévention menées dans les territoires de CLSC en collaboration avec les Centres jeunesse;
  - poursuivre la concertation avec les partenaires régionaux (Table de concertation en prévention des suicides) en vue d'améliorer les pratiques cliniques préventives, comme les protocoles d'évaluation et de suivi des jeunes à risque.
- Promouvoir des politiques publiques saines :
  - appuyer les actions d'influence, comme la promotion de lois et règlements, pour restreindre l'accessibilité à l'alcool chez les moins de 18 ans.

Les résultats attendus

- Assurance d'un suivi en CLSC pour les quelques 4 800 jeunes dont le signalement à la Direction de la protection de la jeunesse n'est pas retenu chaque année.
- Des services intégrés aux jeunes qui requièrent l'expertise de plusieurs établissements et partenaires.
- 15 jours ou moins de délai entre le signalement et l'évaluation en protection de la jeunesse.

Les actions proposées

Organisation des services aux jeunes

- Mettre sur pied un guichet unique pour l'accueil, l'évaluation et l'orientation des demandes de services psychosociaux pour les enfants, les jeunes et les familles, et consolider les services de base dans les 29 CLSC de Montréal.
- Mettre sur pied une **équipe locale d'intervention jeunesse** sur une base locale réunissant les partenaires du réseau.
- Mettre sur pied des services d'intervention de crise et de suivi intensif en désignant des CLSC responsables d'offrir les services sur une base sous-régionale.

  Des évaluations ont démontré l'efficacité de ces équipes qui interviennent rapidement et de façon très intensive auprès des jeunes, de leur famille et de leur milieu, de façon à résorber la crise et à trouver des solutions autres que le placement, en mobilisant les ressources pertinentes de la communauté.
- Dans le cadre des ententes de gestion, s'assurer de la mobilisation des ressources nécessaires à la réduction des délais d'accès aux services en protection de la jeunesse qui sont actuellement de 19 jours aux Centres jeunesse de Montréal et de 17 jours au Centre Batshaw.
- S'assurer de la mobilisation des ressources nécessaires pour réduire les délais d'accès aux services d'expertise psychosociale à la Cour supérieure en utilisant, de façon optimale, les budgets déjà attribués à cette fin.

Qu'est-ce que c'est ?

L'équipe locale d'intervention jeunesse

Clientèle-cible :

> jeunes dont la situation tombe dans une zone grise qui ne semble relever ni du CLSC, ni du Centre jeunesse, ni des établissements en toxicomanie, en déficience intellectuelle, en déficicence physique ou en santé mentale;

> jeunes dont la situation requiert l'expertise et l'intervention de plusieurs acteurs, soit pour identifier les services à offrir, soit pour la prestation des services;

> jeunes dont la situation présente des indices de compromission du développement mais où une intervention apparaît possible et appropriée dans le cadre de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

Résultats attendus :

> les jeunes et les familles visés ont accès à des services et sont pris en charge;

> les partenaires agissent ensemble et offrent des services de qualité;

> les partenaires agissent ensemble sur le territoire visé pour améliorer la situation des jeunes et des familles concernées.

Composition :

> un coordonnateur, nommé par la Régie régionale après consultation des institutions partenaires, relevant administrativement du CLSC;

> des agents de liaison, désignés dans chaque établissement partenaire, en provenance de CLSC, Centres jeunesse, centres de réadaptation en déficience intellectuelle, en déficience physique, en toxicomanie, services de pédopsychiatrie.

Implantation :

Une telle équipe est en voie d'implantation à Montréal-Nord. Il est proposé d'implanter graduellement de telles équipes en commençant par les zones prioritaires d'action concertée.

Les actions proposées (suite)

- Développer un nombre additionnel de places en ressources intermédiaires et en ressources de type familial afin de répondre aux besoins des jeunes ayant des troubles mentaux.
- Favoriser l'utilisation systématique des plans d'intervention et des plans de services individualisés.
- Appliquer le Programme national de formation en CLSC et en centre jeunesse afin de réduire le recours au placement et de diminuer les séjours en hébergement.
- Développer des programmes pour l'intégration sociale des jeunes de 16 ans et plus ainsi que des ententes et des projets spécifiques en réponse à différents besoins des enfants, des jeunes et des familles, en collaboration avec des partenaires intersectoriels.

Ce concept d'équipe décloisonnée est recommandé par la Commission multidisciplinaire régionale dans son avis déposé au conseil d'administration de la Régie régionale le 23 janvier 2003 :

« ... nous aurions plutôt avantage à favoriser le continuum de services en décloisonnant les frontières entre les divers établissements du réseau et en développant des protocoles de collaboration interétablissements pour arriver, de façon encadrée, à plus de polyvalence, plus de mobilité du personnel et plus de souplesse dans nos façons de faire. »[10]

La demande pour les services de pédopsychiatrie est croissante et ce, particulièrement en provenance des partenaires du réseau, notamment les centres jeunesse et les CLSC. Les 10 établissements hospitaliers qui dispensent ces services pour les régions de Montréal et Laval doivent composer avec un accroissement constant de la demande combiné à une pénurie et une diminution des effectifs de pédopsychiatres. De plus, l'utilisation des services de Montréal par les régions limitrophes est en nette croissance et contribue à cette congestion.

Les services de première ligne en santé mentale pour les jeunes sont presque inexistants. Bien que certaines interventions soient réalisées en première ligne, elles sont trop peu nombreuses; dès qu'un cas devient complexe, la tendance est de référer rapidement en deuxième ligne ou alors, d'utiliser l'urgence hospitalière pour obtenir un accès plus rapide aux services. Il est d'ailleurs fréquent que des jeunes patients soient référés en pédopsychiatrie sans évaluation préalable, ce qui contribue à la congestion des services de pédopsychiatrie.

Il existe un cloisonnement important et une absence de liaisons fonctionnelles entre les services de pédopsychiatrie et les établissements ou professionnels du réseau de la santé et services sociaux œuvrant auprès des enfants et des jeunes. Enfin, les ressources d'hébergement des centres jeunesse ne sont pas suffisamment accessibles aux jeunes présentant des pathologies particulièrement sévères. Cette situation entraîne une prolongation de l'hospitalisation de ces jeunes bien qu'ils aient obtenu leur congé. L'hospitalisation est donc souvent utilisée à des fins d'hébergement.

10 | Réflexion partagée de la réalité montréalaise en matière de santé et de services sociaux, Commission multidisciplinaire de la Régie régionale de Montréal-Centre, novembre 2002

Les résultats attendus

- La disponibilité d'un pédopsychiatre et de trois professionnels pour 10 000 jeunes dans chaque sous-région.
- Les jeunes hébergés dans les centres jeunesse sont desservis en pédopsychiatrie par des hôpitaux désignés.
- Des services de base en santé mentale pour les jeunes dans tous les CLSC.

Les actions proposées

Organisation des services de pédopsychiatrie

- Désigner trois regroupements de services et départements de pédopsychiatrie (Est, Ouest, Centre-Nord) et attribuer les mandats sectoriel (clinique externe) et sous-régional (urgence, hospitalisation et hôpitaux de jour) à chaque regroupement de services de pédopsychiatrie.
- Choisir à cette fin, suite à la consultation, un scénario répondant aux principes décrits à l'annexe 3.
- Élaborer pour chaque regroupement, un plan d'organisation des services et un plan d'effectifs en pédopsychiatrie et en ressources professionnelles pour les mandats sectoriel et sous-régional.
- Attribuer un mandat régional pour les services de consultation, d'évaluation/diagnostique et de traitement pour la clientèle des jeunes hébergés en centres jeunesse.
- Mettre sur pied, au sein de chaque centre jeunesse (Montréal, Batshaw et Laval), une équipe soutien en santé mentale, en liaison avec le service ou département de pédopsychiatrie désigné.
- Assurer la présence d'un intervenant pivot lié à l'offre de services de santé mentale dans chaque CLSC, en liaison avec les équipes de cliniques externes de pédopsychiatrie.
- Élaborer un programme de formation en santé mentale des jeunes pour les intervenants des CLSC et des centres jeunesse.
- Implanter un mécanisme de liaison/consultation entre les équipes de cliniques externes de pédopsychiatrie, les équipes de CLSC et les équipes territoriales des centres jeunesse.
- Développer un outil de référence vers les services de pédopsychiatrie, pour les CLSC et les centres jeunesse.

5.2.2 Problèmes sociaux montréalais

Tout en accordant une très haute priorité au développement, à l'adaptation et à l'intégration sociale des enfants et des jeunes Montréalais, nous devons, avec nos principaux partenaires, identifier et appliquer les meilleures solutions possibles aux principaux problèmes sociaux de Montréal. Ces problèmes d'itinérance, de prostitution, de violence conjugale, d'agressions sexuelles, de jeu pathologique, d'alcoolisme et de toxicomanie sont souvent interreliés et affectent des multiples façons les personnes concernées et leurs proches. Comme l'a confirmé le Conseil québécois de la santé et du bien-être, la région de Montréal se démarque du reste du Québec quant à l'incidence des problèmes sociaux. Ces problèmes sociaux interreliés sont particulièrement exacerbés au centre-ville de Montréal.

Les résultats attendus

- Amélioration de l'intégration sociale et de la coordination des services des jeunes de la rue, des personnes itinérantes, des prostitué(e)s de rue.
- Amélioration de l'accès aux services d'orientation rapide en situation de crise pour les victimes de violence conjugale et les conjoints agresseurs et pour les victimes d'agression sexuelle.
- Amélioration de l'accès à des services de traitement et de soutien dans leur milieu pour les joueurs en difficulté et leur famille.
- 500 logements sociaux avec support communautaire.

Les actions proposées

Itinérance

- Réduire l'incidence de l'itinérance par la prévention de la marginalisation et de l'exclusion sociale chez les jeunes :
  - consolider les services cliniques auprès des jeunes de la rue;
  - élaborer et diffuser un outil de repérage de la clientèle à risque de devenir itinérante et intervenir plus tôt;
  - consolider les ressources communautaires d'hébergement des jeunes en difficulté par un financement additionnel récurrent.
- Assurer une réponse permanente et continue aux besoins des personnes itinérantes en matière de santé, de services sociaux, d'insertion sociale et d'hébergement :
  - élaborer, d'ici septembre 2003, un plan d'action intersectoriel en itinérance et signer un protocole d'entente avec la Ville de Montréal;
  - augmenter le nombre de places d'hébergement d'urgence pendant la saison froide;
  - consolider les services de l'équipe Itinérance du CLSC des Faubourgs;
  - mettre sur pied un service d'urgence sociale et de coordination des services accessibles 24 heures par jour;
  - consolider les services offerts par les organismes communautaires d'hébergement.

Les actions proposées (suite)

Prostitution

- Réduire les méfaits associés aux conditions de vie difficile des prostitué(e)s de rue en améliorant les services qui leur sont offerts :
  - accès aux services de base et d'urgence;
  - accès à des programmes de prévention et à des services adaptés.

Logement social

- Faire du logement social le point d'ancrage des démarches d'insertion des personnes vivant des problèmes multiples :
  - mettre en œuvre le protocole d'entente Régie régionale - Ville de Montréal - Société d'habitation du Québec et ministère des Affaires municipales et de la Métropole sur le financement du support communautaire en logement social auprès des sans-abri;
  - assurer le financement requis à la mise sur pied des services de support communautaire nécessaires à la réalisation de la totalité des 500 unités de logements sociaux prévues.

Violence

- Renforcer le continuum de services en matière de violence conjugale :
  - intensifier les activités de dépistage et de référence appropriées à l'intention des personnes aux prises avec la violence conjugale en portant une attention particulière aux personnes les plus vulnérables : les enfants exposés à la violence conjugale, les jeunes parents, les personnes âgées en perte d'autonomie;
  - intensifier l'intervention rapide en situation de crise (24-48 heures après l'agression) auprès des victimes et des agresseurs;
  - consolider et développer les services de base pour les femmes victimes de violence conjugale, les enfants exposés et les agresseurs.
- Renforcer le continuum de services en matière d'agressions à caractère sexuel :
  - consolider et développer les activités reliées au dépistage et à la référence appropriée des victimes d'agression sexuelle;
  - améliorer l'intervention en situation de crise;
  - consolider les services de base disponibles pour les victimes et les agresseurs.

Jeu pathologique

- Élaborer et implanter une stratégie régionale de promotion du jeu responsable et de prévention en matière de jeu pathologique.
- Développer des outils d'information et de sensibilisation sur les risques associés au jeu pathologique et sur les facteurs de protection.
- Doter chaque CLSC d'un programme de dépistage et d'intervention brève auprès des personnes vulnérables en complément aux services de dépistage et d'intervention précoce en alcoolisme et toxicomanie.
- Rendre accessible aux joueurs en difficulté et à leur famille, un continuum de services intégrés : accueil, évaluation, orientation, traitement, soutien, réinsertion sociale.

5.2.3 Alcoolisme et toxicomanie

Pour compléter le réseau des services de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie, nous proposons de réaliser les actions suivantes d'ici 2006 :

Les résultats attendus

- Un programme de prévention dans tous les CLSC de Montréal.
- Une augmentation de 49 à 69 des places disponibles dans les services de désintoxication.
- Un accès accru au traitement de maintien à la méthadone.

Les actions proposées

- Intensifier les actions en amont des problèmes d'adaptation sociale et prévenir l'aggravation des problèmes liés à l'usage des substances psychotropes :
  - élaborer et diffuser un rapport annuel sur l'épidémiologie des toxicomanies à Montréal;
  - réviser et généraliser le programme régional de prévention en passant de 16 à 29 CLSC;
  - supporter et financer l'intervention préventive dans les milieux à risque (ex. : *rave parties*);
  - intervenir auprès des buveurs excessifs en supportant le programme régional Alcochoix.
- Améliorer le dépistage et l'action précoce en première ligne :
  - favoriser la formation des intervenants des centres jeunesse sur l'intervention en toxicomanie;
  - rendre disponibles des services de dépistage et d'intervention précoce en CLSC;
  - intégrer l'intervention en toxicomanie à l'intérieur du programme « *Soutien aux jeunes parents* ».
- Compléter la gamme de services spécialisés et favoriser l'insertion sociale des personnes toxicomanes :
  - augmenter le nombre de places en désintoxication de 49 à 69;
  - consolider les services internes pour les jeunes anglophones et francophones;
  - développer les services spécialisés pour les personnes souffrant de problèmes de santé mentale associés à leur toxicomanie;
  - consolider les services de formation et d'expertise de la clinique Cormier-Lafontaine;
  - offrir des services en toxicomanie aux personnes judiciarisées afin d'assister le tribunal dans l'orientation des personnes toxicomanes;
  - développer des services en toxicomanie dans les trois établissements de détention de Montréal;
  - créer des ressources intermédiaires pour l'hébergement des personnes âgées toxicomanes.
- Élargir l'accès aux services de traitement de maintien à la méthadone :
  - assurer un financement récurrent et consolider les services de traitement de maintien à la méthadone;
  - supporter les équipes des CLSC en assurant la formation des médecins, des infirmières et des intervenants sociaux pour la prise en charge des patients stabilisés;
  - supporter le traitement de maintien à la méthadone à l'établissement de détention de Montréal.
- Assurer l'accès des personnes cocaïnomanes à des services adaptés :
  - créer des lieux d'insertion sociale pour les personnes cocaïnomanes;
  - mettre sur pied une équipe multidisciplinaire pour offrir des services adaptés à cette clientèle;
  - mener une étude de faisabilité quant à l'implantation de sites d'injection assistée pour prévenir la propagation des infections (VIH, VHC).

Ressources financières additionnelles requises

5.2 Apporter, en partenariat, des solutions adaptées aux problématiques sociales montréalaises

	BESOINS (M$)			
	Récurrent	Non récurrent	Immobilisations	Indexation
5.2.1 Jeunesse	20,0			
5.2.2 Problèmes sociaux urbains	6,6			
5.2.3 Alcoolisme-toxicomanie	5,1			
TOTAL	**31,7**			

La réalisation des mesures mises de l'avant pour cette priorité nécessiterait un ajout budgétaire de 31,7 M$ récurrents, d'ici 2006.

Ces mesures permettront de compléter ce que nous avons déjà amorcé grâce aux budgets additionnels reçus cette année :

- 4 M$ pour assurer l'implantation du Programme de soutien aux jeunes parents;
- 2,5 M$ pour améliorer les services de première ligne destinés aux jeunes de 6 à 17 ans.

5.3 Développer un réseau de services de première ligne tissé serré autour des groupes de médecine de famille (GMF)

Notre troisième priorité est de développer, sur l'ensemble du territoire, un réseau de services médicaux et psychosociaux de première ligne :

- accessibles 24 heures / 7 jours;
- garantissant la continuité des services;
- assurant la prise en charge des clientèles vulnérables : personnes âgées en perte d'autonomie, personnes souffrant d'une maladie chronique évolutive (maladie pulmonaire, insuffisance cardiaque, diabète), personnes ayant des problèmes de santé mentale, personnes nécessitant des soins palliatifs.

5.3.1 Implanter 58 groupes de médecine de famille (GMF) d'ici 2006

La mise sur pied, en trois ans, de 58 GMF, soit en moyenne deux par territoire de CLSC, permettrait la prise en charge de 700 000 à 870 000 personnes, soit de 39 à 48 % de la population montréalaise.

Les résultats attendus

- **Présence de 58 groupes de médecine de famille (GMF).**

Les actions proposées

- **Assurer le démarrage et le financement récurrent des GMF par un investissement initial de 29 M$ et une injection annuelle de 34,8 M$.**
- **Assurer le recrutement, par les CLSC et les GMF, de 116 infirmières.**
- **Assurer la liaison électronique des GMF avec les CLSC, les ressources diagnostiques (laboratoire, radiologie) et les hôpitaux.**
- **Assurer la mobilisation, vers des GMF, de 464 à 580 des 1 145,2 médecins omnipraticiens exerçant en soins de première ligne à Montréal, soit de 40 à 50 % de l'effectif. Par rapport à l'ensemble des 1 747,4 médecins omnipraticiens ETP exerçant dans le domaine clinique, cela représenterait de 26 à 33 % de l'effectif.**

Qu'est-ce que c'est

Groupe de médecine de famille (GMF)

Groupe d'une dizaine de médecins omnipraticiens et de 2 infirmières de CLSC offrant des services de médecine familiale à environ 15 000 personnes inscrites :

- Diagnostic et traitement
- Suivi et promotion de la santé
- Coordination avec les services des CLSC et des autres établissements
- Coordination avec les réseaux de services intégrés aux clientèles vulnérables : personnes âgées en perte d'autonomie, personnes souffrant de maladies chroniques, personnes souffrant de maladie mentale ou nécessitant des soins palliatifs
- Disponibilité 24 heures pour les clientèles vulnérables
- Accès 7 jours sur 7 avec et sans rendez-vous
- Consultations médicales à domicile pour les personnes âgées en perte d'autonomie
- Participation à la garde en disponibilité pour les personnes en perte d'autonomie

5.3.2 **Offrir, dans tous les CLSC, des services de base uniformes et accessibles 7 jours par semaine pour un total de 80 heures**

Les résultats attendus

- Des services infirmiers et psychosociaux 7 jours sur 7 dans tous les CLSC.
- Des services de prélèvement sans rendez-vous 7 jours sur 7 dans tous les CLSC.
- L'accès à chaque CLSC 80 heures/semaine.
- Un accès en moins de 4 minutes à Info-Santé.
- Des soins psychosociaux intégrés à Info-Santé.

Les actions proposées

- Assurer 80 heures d'accueil, d'évaluation, d'orientation et d'intervention en soins infirmiers et en services psychosociaux incluant les troubles transitoires de santé mentale.
- Doter tous les CLSC de services de prélèvement sans rendez-vous.
- Assurer une garde en soins infirmiers 24 heures par jour pour les clientèles vulnérables.
- Réduire les délais d'accès aux services téléphoniques Info-Santé CLSC : traiter 90 % des appels en moins de 4 minutes.
- Ajouter à Info-Santé CLSC un service téléphonique Info-Social, accessible 24 heures par jour, pour les personnes ayant des problèmes psychosociaux.

Ressources financières additionnelles requises

5.3 Développer un réseau de services de première ligne tissé serré autour des groupes de médecine de famille (GMF)

	BESOINS (M$)			
	Récurrent	Non récurrent	Immobilisations	Indexation
5.3.1 Implanter 58 groupes de médecine de famille (GMF)	34,8		29,0	
5.3.2 Offrir, dans tous les CLSC, des services de base uniformes et accessibles sept jours par semaine pour un total de 80 heures	30,0			
TOTAL	**64,8**		**29,0**	

5.4 Assurer l'accès aux services médicaux et hospitaliers à l'intérieur des délais recommandés

5.4.1 Services d'urgence

La diminution de l'encombrement et de la durée de séjour dans les salles d'urgence demeure une priorité à Montréal, où nous avons beaucoup de travail à faire pour atteindre les objectifs fixés.

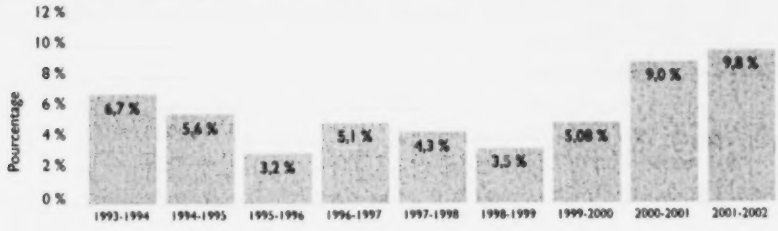
Urgence

Croissance de la demande depuis 1998-1999

transports ambulanciers :	+ 16 %
nombre de patients couchés sur civière :	+ 4,5 %
visites totales :	+ 2,7 %

En effet, si l'on regarde l'évolution des séjours de plus de 48 heures au cours des 10 dernières années, on remarque une diminution importante de ces séjours de 1993 à 1999, période correspondant au premier plan de réorganisation des services à Montréal au cours duquel le nombre de lits de courte durée est passé de 8 500 à 6 000 et où près de 155 M$ ont été réalloués notamment vers les services à domicile, les services d'hébergement et l'accès aux services spécialisés et à la chirurgie d'un jour. A compter de 1999-2000, le nombre de séjours de plus de 48 heures s'est remis à augmenter pour atteindre 9,8 % en 2001-2002.

Santé physique : séjours de plus de 48 heures



Les principales mesures prévues dans le plan stratégique 1998-2002 n'ont pas pu être implantées, en particulier celles visant à réduire le recours à la salle d'urgence. Ainsi, l'accès 365 jours par année au médecin de famille en lien avec les services diagnostiques n'a pas vu le jour durant cette période. Les conditions nécessaires à la réorganisation des services médicaux de première ligne à Montréal n'ont pu être réunies. La situation a évolué depuis la Commission Clair, suite aux ententes avec la Fédération des médecins omnipraticiens et à la mise sur pied du Département régional de médecine générale. De même, l'implantation du Guide de gestion de l'urgence n'est réalisé que partiellement dans les hôpitaux montréalais. Enfin, les développements attendus en aval de l'urgence ont été moindres que prévus. Les budgets additionnels obtenus (33,5 M$) pour améliorer les soins à domicile et les services d'hébergement ont été en deçà de ce qui avait été requis (75,8 M$). Ces différents facteurs combinés ont fait que le remède prescrit en 1998 n'a pas été administré et que nous n'avons pu contourner les effets de la pénurie de main-d'œuvre qui a amené la fermeture à long terme de 830 lits de courte durée.

Dans le cas des salles d'urgence, le diagnostic demeure valide. Le véritable enjeu est de se donner la capacité de mettre en œuvre les solutions nécessaires en amont de la salle d'urgence, dans l'hôpital, et en aval de la salle d'urgence et de l'hôpital.

Les conditions de succès apparaissent meilleures maintenant :

- Ententes avec les médecins permettant la mise sur pied de groupes de médecine de famille (GMF).
- Financement disponible pour le lancement et le fonctionnement des groupes en liaison avec les CLSC pour les soins infirmiers.
- Perspective de financement additionnel important pour les services de première ligne et les personnes en perte d'autonomie.
- Négociation d'ententes de gestion avec les hôpitaux permettant de convenir des volumes de soins attendus et des objectifs prioritaires en fonction des ressources octroyées.

Ces nouveaux éléments nous amènent à proposer la réalisation des actions suivantes pour améliorer la situation dans les salles d'urgence montréalaises.

Les résultats attendus

- La réduction de 30 % des visites à l'urgence.
- Des services diagnostiques accessibles rapidement en première ligne.

Les actions proposées

En amont des services d'urgence

- Mettre sur pied un **réseau d'accès rapide aux services diagnostiques** accessibles en première ligne, de 8 heures à 20 heures, 365 jours par année.

  Pour ce faire, nous proposons de désigner, parmi les cliniques médicales, les groupes de médecine de famille (GMF) et les CLSC, 30 points d'accès rapide, accessibles sans rendez-vous de 8 heures à 20 heures, à longueur d'année. Parmi les 30 points de services, nous proposons d'en désigner certains qui offriraient un service d'échographie.

Qu'est-ce que c'est

Points d'accès rapide aux services diagnostiques

> Clinique médicale, GMF ou CLSC désigné
> Bassin de desserte d'environ 60 000 personnes
> Accès sans rendez-vous, de 8 heures à 20 heures, 365 jours par année
> Centre de prélèvements urgents avec accès à l'analyse immédiate
> Certains points de services désignés offrent des services d'échographie et d'autres services diagnostiques
> ECG, spirométrie
> Service de liaison avec les GMF, les CLSC, les réseaux de services intégrés pour les clientèles vulnérables
> Accès aux ressources diagnostiques
> Liaison avec les urgences hospitalières
> Liaison électronique avec les autres partenaires du réseau.

Les résultats attendus

- La réduction des séjours de plus de 48 heures de 9,8 % à 0 %

Les actions proposées

Dans l'urgence et dans l'hôpital

- Obtenir l'engagement ferme des établissements à considérer l'urgence comme prioritaire et changer la culture hospitalière dans cette perspective.
- Convenir avec les hôpitaux, dans le cadre des ententes de gestion, des volumes de soins attendus en relation avec les ressources allouées, des objectifs à atteindre dans les services d'urgence et en matière de gestion optimale des lits.
- Désigner des salles d'urgence pour la thrombolyse des patients ayant un accident vasculaire cérébral (AVC).
- Se doter d'un fonds non récurrent de 45 M$ permettant des ajustements ponctuels (achat de places de réadaptation ou d'hébergement) à l'offre de services pour permettre de tenir compte des variations saisonnières de l'achalandage des salles d'urgence .
- Créer une banque permettant d'allouer des jours présence additionnels à des hôpitaux, en fonction de la progression vers l'atteinte des objectifs à la salle d'urgence.
- Mettre en œuvre, dans tous les hôpitaux, des projets de réorganisation du travail visant une utilisation optimale de la main-d'œuvre.

  Il est important de faire preuve d'initiative dans ce domaine pour contourner l'effet des pénuries de personnel et assurer le volume de services requis.

  Il est de plus reconnu que certaines personnes exécutent des tâches qui pourraient être accomplies par d'autres types de personnel. Cette réalité agit défavorablement sur la motivation des employés qui se sentent sous-utilisés. Des actions structurées de rééquilibre auraient pour effet de revaloriser ces personnes et d'assurer une meilleure utilisation de leurs compétences.

  L'adoption toute récente de la nouvelle Loi modifiant le code des professions (Loi 90) ouvre de nouvelles possibilités en ce sens, puisqu'elle autorise certains types de personnel à effectuer de nouvelles tâches.

  La Régie régionale continuera à soutenir des projets concrets en établissement, permettant de revoir le rôle de l'ensemble du personnel aux soins, et plus particulièrement, celui de l'infirmière, pour une meilleure utilisation de ses compétences. Il faudra de plus en plus miser, dans cette réorganisation, sur une stratégie visant à doter le personnel d'outils de travail plus performants, en utilisant tout le potentiel des nouvelles technologies, en particulier au plan des systèmes d'information, de l'informatique et de l'automatisation.
- Revoir, dans le contexte de l'organisation future du CHUM et du CUSM, l'offre de services d'urgence dans le Centre-Est et le Centre-Ouest de Montréal.

  L'intégration à terme du CHUM et du CUSM dans des sites uniques à la fine pointe de la technologie, requise pour assurer pleinement leur vocation de soins ultraspécialisés, d'enseignement, de recherche et d'évaluation des technologies, entraînera une augmentation de la proportion des soins tertiaires et quaternaires dispensés dans ces nouveaux environnements.

Les actions proposées (suite)

En contrepartie, la proportion des soins de niveaux 1 et 2 pouvant être prodigués avec qualité et à des coûts moindres dans la plupart des hôpitaux de Montréal et des régions voisines devrait diminuer.

L'évolution du CHUM et du CUSM vers une vocation académique de plus en plus orientée vers la livraison des soins ultraspécialisés, l'enseignement, la recherche et l'évaluation des technologies entraînera la mise sur pied, dans ces environnements, d'une salle d'urgence à vocation académique et locale et non pas d'une urgence à très haut débit.

En conséquence, pour améliorer la performance du réseau montréalais des services d'urgence, et pour être en mesure de répondre au volume prévisible de visites à l'urgence (qui se situe actuellement dans les urgences générales à 681 952 visites par année), avec un taux de croissance des patients sur civière de 8 % depuis 1997-1998, il faudrait conserver :

- un hôpital de 350 lits au Centre-Est de Montréal, avec une salle d'urgence majeure ouverte sur la communauté et capable de recevoir 75 000 visites par année;
- un hôpital de 268 lits au Centre-Ouest, aussi avec une importante salle d'urgence capable de recevoir 57 000 visites par année.

Une fois prise, cette orientation permettra de recalibrer la contribution attendue des autres services à l'intérieur d'un réseau montréalais de services d'urgence et de définir, de façon précise, la mission et la contribution des salles d'urgence qui seront construites dans les nouveaux bâtiments du CHUM et du CUSM. Cela permettrait aussi de prendre rapidement les décisions appropriées concernant les hôpitaux et les salles d'urgence actuels du centre-ville, notamment au plan des immobilisations et des équipements.

Dans cette perspective, on pourrait désigner, à court terme, deux autres hôpitaux dans le Centre, le Nord ou l'Est de Montréal, avec une mission principale reliée aux soins d'urgence, diminuant ainsi la pression de la demande sur les centres universitaires.

- Assurer l'implantation, dans toutes les salles d'urgence, d'un système d'information permettant le monitorage et l'analyse des services et facilitant l'identification des correctifs à apporter à court, moyen et long terme, à partir de données probantes.
- Collaborer avec les groupes universitaires de recherche sur les urgences de façon à :
  - faciliter l'accès aux données pertinentes à la recherche appliquée sur les urgences et à l'évaluation des mesures envisagées ou prises pour améliorer la performance des salles d'urgence;
  - mieux intégrer et synthétiser les données probantes et les connaissances relatives aux urgences;
  - prendre les décisions basées sur la connaissance disponible et appuyées sur des données probantes;
  - faciliter l'intégration des données nécessaires à l'étude des phénomènes relatifs à l'urgence;
  - exploiter tout le potentiel des systèmes d'information reliés aux urgences.
- Réaménager et agrandir les 10 salles d'urgence qui le nécessitent.

En aval de l'urgence et de l'hôpital

- Accroître les services à domicile et les services d'hébergement dans la communauté visant les personnes âgées en perte d'autonomie.
- Augmenter l'accès aux soins palliatifs à domicile.
- Développer les soins postopératoires et la réadaptation à domicile.
- Accélérer l'accès aux services de réadaptation.

Projets de réaménagement des 10 salles d'urgence : + 68 civières

Hôpital	Immobilisations (M$)	Budget fonctionnel additionnel (M$)	Étapes de réalisation
Hôpital Maisonneuve-Rosemont	32,0	2,350	Concept déposé et requérant un rehaussement budgétaire par le ministère
Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal	25,7	0,570	Concept déposé et en cours d'analyse; modification au sous-sol à l'étude
Hôpital Santa Cabrini	22,7	0,380	Concept approuvé et requérant un rehaussement budgétaire par le ministère pour poursuivre
Centre hospitalier de Verdun	13,1	0,171	Préliminaires acceptées et recommandation d'un rehaussement budgétaire et d'une émission de décret
Hôpital Ste-Justine	9,2	0,184	Projet avec décret de réalisation - plans et devis définitifs en cours
L'Hôtel-Dieu du CHUM	3,4	- - -	En cours de réalisation - enveloppe fermée
Institut de cardiologie de Montréal	16,9	- - -	Recommandé - priorités régionales d'immobilisations 2002-2003 en attente de mise à l'étude
Centre hospitalier de Lachine	1,0	- - -	Recommandé - priorités régionales d'immobilisations 2002-2003
Centre hospitalier Fleury	2,0	- - -	Recommandé - priorités régionales d'immobilisations 2002-2003
Hôpital Jean-Talon	1,6	- - -	Recommandé - priorités régionales d'immobilisations 2002-2003
TOTAL	**127,6**	**3,655**	

5.4.2 Assurer l'accès aux services médicaux spécialisés à l'intérieur des délais cliniquement recommandés

Une seconde priorité en matière d'accès aux services médicaux spécialisés est d'assurer les traitements requis pour les patients à l'intérieur des délais recommandés.

Les résultats attendus

Des délais d'accès plus courts pour les services spécialisés

Cardiologie	- hémodynamie :	< 1 mois
	- électrophysiologie :	< 3 mois
	- chirurgie cardiaque :	< 3 mois
Oncologie	- chirurgie oncologique :	< 1 mois
	- radio-oncologie :	< 3 mois
Orthopédie	- remplacement de hanches et de genoux :	< 3 mois
Ophtalmologie	- rétinopathie :	< 1 mois
	- chirurgie de la cataracte :	< 6 mois

Les actions proposées

- Octroyer un financement additionnel ciblé pour ramener les listes d'attente aux délais d'accès recherchés et pour financer la croissance de la demande d'ici 2006 en respectant les délais recommandés.
- Désigner **deux centres de la cataracte** en milieu hospitalier répondant aux paramètres suivants :
  - un volume d'activité annuel de 7 000 à 10 000 cas en chirurgie d'un jour dans chaque centre;
  - toutes les phases du processus s'y dérouleraient : préadmission, intervention chirurgicale, soins postopératoires;
  - un des centres serait relié au réseau universitaire de McGill et l'autre au réseau de l'Université de Montréal;
  - des centres satellites seraient maintenus pour soutenir le volume supplémentaire requis.
- Concentrer les activités de **remplacement de la hanche et du genou** et réorganiser le continuum de services afin :
  - d'augmenter le nombre d'interventions pour répondre aux besoins dans les délais prescrits;
  - de diminuer la durée moyenne de séjour hospitalier des arthroplasties de la hanche et du genou à 7,3 jours; actuellement, elle varie de 7,4 à 13,2 jours selon l'hôpital;
  - d'atteindre 50 % de retour à domicile, en toute sécurité, au congé hospitalier d'ici 2005.
- Retenir un scénario de concentration des activités dans un nombre limité de centres hospitaliers, suite à un appel de propositions, pour déterminer la meilleure approche, pour atteindre le meilleur rapport qualité-prix, dans un environnement sécuritaire.
- Augmenter le volume de chirurgies en récupérant les capacités opératoires excédentaires disponibles dans certains hôpitaux.

  La désignation d'hôpitaux où seraient concentrés certains services spécialisés se fera dans le respect des principes recommandés par la Commission médicale régionale dans son avis de décembre 2002 sur le Plan d'organisation des services médicaux spécialisés (annexe 4).

	Hausse de volumes annuels visés d'ici 2006	Volume annuel projeté en 2005	Volume additionnel produit de 2003 à 2006	Coût prévu du volume additionnel (M$) 2003-2006	Budget annuel requis en (M$) 2005-2006
Chirurgie cardiaque et cardiologie tertiaire					19,3
Chirurgie cardiaque :	+ 400	6 000/an	1 087	18,1	
Correction de sous-financement				12,6	
Tuteurs coronariens	+ 541	9 372/an	1 075	1,2	
Hémodynamie-angioplastie	+ 1 320	22 885/an	3 416	7,3	
Défibrillateurs	+ 180	433/an	344	8,0	
Sous-total chirurgie cardiaque				**47,2**	
Orthopédie : remplacement de hanche et de genou	+ 1 400	3 775/an	4 621	51,0	15,0
Ophtalmologie : cataractes, rétinopathies	+ 9 800	28 800/an	26 250	29,6	10,9
Hémodialyse (traitement pré-dialyse)	+ 36 000	225 000/an	70 753	15,1	7,2
Transplantation d'organes et greffes	+ 30 greffes rénales	186/an	82,0	30,5	11,0
	+ 17 greffes pulmonaires	54/an	47,0		
	+ 15 greffes de foie	105/an	42,0		
	+ 20 greffes de moelle osseuse	226/an	54,0		
Neurostimulateurs	+ 25	45/an	70,0	1,1	0,4
Chirurgie oncologique et radio-oncologie				9,3	3,9
Imagerie médicale	+ 6 résonances magnétiques			13,8	6,3
	+ 2 tomographes pour émission de positrons (TÉP)				
Médicaments onéreux * et programmes spéciaux *				3,9	1,6
TOTAL				**201,5**	**75,6**

Note : Médicaments onéreux : cystiamine, phenylbutirate, interféron Gamma 1B, par exemple
Programmes spéciaux : hémoglobinopathie et thalassémie, dépistage de l'anémie falciforme, cardiopathie congénitale adulte

La production de volumes additionnels requis de 2003 à 2006, pour assurer l'accès à des services médicaux à l'intérieur de délais recommandés, nécessitera des déboursés de 201,5 M$ au cours de la période. Soutenir la production du volume atteint en 2005-2006 nécessitera un budget annuel de 75,6 M$.

Les hausses de volumes indiquées sont nécessaires pour respecter les délais cliniques et répondre à la fois à la demande de la population montréalaise et à celle des autres régions du Québec dans ces domaines.

Nombre et pourcentage pour certaines chirurgies réalisées à Montréal selon la provenance du patient. Données sur deux ans (1999-2000 et 2000-2001)

Opération	Régions voisines		Autre régions		Montréal		Total
	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre
Angioplastie	5 005	46	1 611	15	4 246	39	10 862
Pontage coronarien	3 433	50	973	15	2 421	35	6 827
Cataracte	7 824	24	623	2	24 015	74	32 462
Prothèse genou	623	33	60	3	1 225	64	1 908
Prothèse hanche	712	31	87	4	1 510	65	2 309
Total	**17 597**	**32,4**	**3 354**	**6,2**	**33 417**	**61,4**	**54 368**

Régions voisines : Laval, Laurentides, Lanaudière et Montérégie

Ainsi, en ce qui concerne les angioplasties, 61 % des interventions sont faites pour des personnes provenant des autres régions du Québec. Ce pourcentage atteint 65 % pour les pontages coronariens. Même dans le cas de la chirurgie de la cataracte, 26 % des interventions sont faites pour des personnes provenant des régions voisines.

Compte tenu de ces particularités, ce type de priorité nécessite une approche particulière quant à son financement. Deux sources de financement sont identifiées dans le Plan d'action ministériel « *Pour faire les bons choix* ».

- Une enveloppe non récurrente de 162 M$, pour le respect des délais d'accès pour les services médicaux spécialisés.
- Un taux d'indexation de 2,6 %, pour financer les hausses des coûts spécifiques au secteur de la santé et des services sociaux.

Compte tenu des besoins relatifs de la population montréalaise et celle des autres régions quant à l'accès à ces services prioritaires offerts à Montréal, nous pensons que 65 M$ du fonds national devrait être octroyés à cette fin. Le solde nécessiterait d'y allouer, sur trois ans, 136,5 M$ sur une base déboursés à partir de l'indexation des crédits régionaux, soit 60,9 M$ en 2004-2005 et 75,6 M$ en 2005-2006.

Par contre, il y a une possibilité à valider, à l'effet que les concentrations envisagées en ophtalmologie et en orthopédie amènent une diminution des coûts unitaires estimés aujourd'hui à 1 100 $ pour une chirurgie de la cataracte, à 11 000 $ pour un remplacement de hanche et à 10 600 $ pour le remplacement d'un genou. Par exemple, sur trois ans, uniquement sur le volume additionnel prévu, une baisse de 10 % du coût unitaire représente une économie de 3 M$. Une projection sur le volume annuel total projeté à 28 800 chirurgies de la cataracte en 2005-2006 permettrait des économies annuelles récurrentes de 3,1 M$.

Nous explorerons, au cours de la période de consultation, toutes les avenues nous permettant de diminuer les coûts unitaires dans ces domaines en maintenant la qualité des services. Cela faciliterait beaucoup la production des services additionnels requis pour répondre à la demande dans les délais recommandés.

5.4.3 Plan d'organisation des services médicaux spécialisés et mise sur pied de réseaux universitaires intégrés en santé

Les stratégies proposées pour améliorer l'accès à certains services médicaux spécialisés nous amèneront à réfléchir sur la pertinence de procéder à des désignations ou à des concentrations de certains services dans deux spécialités : l'ophtalmologie et l'orthopédie. Cette réflexion doit tenir compte de l'organisation générale de ces spécialités à Montréal, des interrelations avec les autre spécialités et de leur contribution aux réseaux universitaires. De même, les propositions mises de l'avant pour réorganiser les services médicaux de première ligne nécessitent de repenser l'interface omnipraticiens-spécialistes, dans un réseau d'accessibilité aux services médicaux à Montréal.

Il nous paraît préférable de traiter ces questions dans le cadre d'une approche intégrée plutôt que de les traiter à la pièce, sans lien avec le développement des réseaux universitaires et les projets d'avenir concernant le CHUM et le CUSM.

Dans cette perspective d'intégration, la Commission médicale régionale a adopté un avis devant guider l'élaboration d'un Plan montréalais d'organisation des services médicaux spécialisés et des besoins en effectifs médicaux. Dans cet avis (voir annexe 4), qui fait partie de la présente consultation, la Commission médicale fait des recommandations portant sur des éléments importants pouvant servir de base à l'élaboration d'un plan d'organisation régional en médecine spécialisée.

Les dispositions actuellement en vigueur de la Loi sur les services de santé et les services sociaux renforcent la nécessité de se doter d'un processus et d'un plan intégrés d'organisation des services médicaux spécialisés, si l'on veut adopter des plans d'effectifs et des plans d'organisation cohérents dans les hôpitaux pour chacune des 34 spécialités médicales. Les dispositions prévues dans le projet de loi 142 (2002, chapitre 66), adoptée et sanctionnée en décembre 2002, mais non encore en vigueur, vont dans la même direction.

Ces plans d'organisation et d'effectifs auront aussi à être élaborés dans les établissements universitaires dans le contexte de la mise sur pied, à Montréal, de deux réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS), l'un rattaché à l'Université McGill et l'autre, à l'Université de Montréal.

En effet, suite au rapport Carignan, le ministre de la Santé et des Services sociaux a confié le leadership de ces réseaux universitaires montréalais en santé à la Régie régionale qui aura la responsabilité d'assurer leur mise sur pied et leur permanence.

LE MANDAT DES RÉSEAUX UNIVERSITAIRES INTÉGRÉS EN SANTÉ (RUIS)

Globalement, le mandat des RUIS consiste à planifier et à coordonner :

- l'enseignement des disciplines universitaires de la santé;
- la recherche;
- et l'évaluation des technologies de la santé et des modes d'intervention en santé

à l'intérieur d'un même réseau universitaire et à les harmoniser avec la planification des services de santé à l'intérieur d'une ou des régions administratives des régies régionales de la santé et des services sociaux concernées.

Plus précisément, chaque RUIS devra :

- susciter un partenariat et une synergie entre les établissements et l'université et entre les différents établissements de santé participant, dans un même réseau universitaire, à l'enseignement, à la recherche et à l'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé;
- susciter la confection par l'université, d'un plan de déploiement des programmes de formation pour une période de cinq ans, incluant la désignation du chef-lieu de chaque programme de formation, les ressources nécessaires pour le soutenir et les mécanismes de suivi et d'évaluation de ce plan;
- faire des recommandations aux instances universitaires quant :
  - à l'adéquation entre les besoins de la communauté et les programmes de formation;
  - à l'harmonisation entre les chefs-lieux par axe de recherche, déterminés par le Fonds de recherche en santé du Québec (FRSQ), et le déploiement des programmes de formation;
- coordonner et intégrer les plans de main-d'œuvre pour l'enseignement, la recherche et l'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé;
- promouvoir l'instauration d'un plan de carrière dans les hôpitaux universitaires;
- favoriser, en collaboration avec le FRSQ, la coordination et la concertation quant aux plans de développement des centres de recherche des centres hospitaliers de son réseau ayant une désignation universitaire ainsi qu'à l'implantation et à l'accès aux plates-formes sophistiquées de recherche;
- favoriser, en collaboration avec l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé, le développement de l'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé dans les hôpitaux ayant une désignation universitaire;
- faire des recommandations aux régies régionales concernées sur :
  - toute réorganisation des soins de santé pouvant avoir des conséquences sur le déploiement des programmes de formation;
  - les effectifs médicaux et les autres effectifs professionnels de la santé requis pour les missions universitaires;
  - l'impact du déploiement des programmes de formation sur l'organisation des services de santé;
- privilégier des mécanismes d'échanges et de concertation avec les autres RUIS;
- exécuter toute autre fonction selon la spécificité et l'évolution de son réseau.

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux

LA COMPOSITION DES RÉSEAUX UNIVERSITAIRES INTÉGRÉS EN SANTÉ

Pour réaliser son mandat, le RUIS, sous la présidence d'une personne nommée par le ministre de la Santé et des Services sociaux à partir d'une liste d'au moins trois personnes élaborée conjointement par la Régie et l'université s'associera :

- **l'université**
- **la Régie régionale de la santé et des services sociaux**
- **le Fonds de recherche en santé du Québec**
- **et l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé**

et regroupera des représentants des centres hospitaliers ayant une désignation universitaire, des autres régies régionales concernées ainsi que de certains représentants d'autres partenaires en fonction des besoins.

Pour renforcer la synergie entre le réseau de l'Université de Montréal et celui de l'Université McGill, la Régie régionale propose la mise sur pied d'un comité de coordination des RUIS montréalais, auxquels participeront les principaux dirigeants des deux réseaux. Déjà, il y a des partenariats importants en développement entre le CHUM et le CUSM, notamment en ce qui a trait aux systèmes et aux technologies de l'information. De même, ces institutions ont décidé d'assumer conjointement leur mandat d'évaluation des technologies.

Le ministre a aussi indiqué son adhésion au principe d'implanter graduellement des plans de pratique et des plans de carrière pour les médecins œuvrant dans les centres universitaires.

Les travaux des RUIS amèneront à préciser les besoins au plan des activités et des ressources qui sont requises à des fins académiques, d'enseignement et de recherche.

Des plans régionaux d'organisation de services

La Régie régionale entreprendra sous peu l'élaboration des plans régionaux d'organisation des services pour chacune des spécialités médicales. Compte tenu de la complexité du milieu montréalais, l'élaboration de l'ensemble des plans se déroulera sur une période de 18 mois à compter du printemps 2003, en tenant compte de l'avis de la Commission médicale régionale à ce sujet.

Afin de pouvoir démontrer, sur des bases solides, nos besoins en effectifs médicaux, il nous faut réaliser la programmation de nos plans régionaux d'organisation de services (PROS).

Ultimement, ce sont les PROS qui fixeront nos objectifs d'accessibilité et de volume de services, de diversité de pratique, de hiérarchisation et de continuums de soins.

Le PROS de chaque spécialité comprendra :

1. **les principes directeurs;**
2. **la détermination des champs d'exercice couverts par la spécialité;**
3. **le portrait des sites de production de services;**
4. **l'identification des besoins de services demeurant sans réponse;**
5. **la recommandation portant sur une nouvelle offre de service, intégrant les principes de réseautage et de hiérarchisation, incluant les besoins en développement;**
6. **le positionnement des programmes et des réseaux de services intégrés (MPOC, insuffisance cardiaque, diabète, cancer, etc.) dans les plans régionaux d'organisation des services;**
7. **l'impact sur les ressources humaines et matérielles requises ainsi que sur les plans régionaux d'effectifs médicaux.**

Le processus d'élaboration des PROS permettra la participation de tous les intéressés. Ainsi, la Régie régionale créera des tables de travail qui regrouperont les représentants des associations médicales concernées, des directeurs universitaires, des chefs de département hospitalier, des directeurs concernés de la Régie régionale (Direction de la gestion du réseau, Direction des affaires médicales, Direction de santé publique, Direction de l'information et de la planification). Les travaux de ces tables seront aussi suivis de près par la Commission médicale régionale.

Lorsqu'ils auront été adoptés, ces plans serviront de base à l'élaboration et à l'approbation des plans d'effectifs des établissements en médecine spécialisée. En attendant, les plans d'effectifs seront élaborés et approuvés, pour l'année 2003-2004, en fonction des éléments d'information disponibles et des objectifs établis par le ministre en février 2003. Le ministère s'étant engagé à réviser les plans régionaux d'effectifs médicaux pour les années 2004-2005 et 2005-2006, les travaux de planification que nous entreprendrons serviront de base à cet exercice dans la région de Montréal.

Ressources financières additionnelles requises

5.4 Assurer l'accès aux services médicaux et hospitaliers à l'intérieur des délais recommandés

	BESOINS (M$)			
	Récurrent	Non récurrent	Immobilisations	Indexation
Services d'urgence				
Réseau d'accès rapide aux services diagnostiques	17,0			
Urgences hospitalières				
- désignation des urgences pour la thrombolyse de patients avec AVC				1,5
- fonds d'ajustement pour répondre aux variations saisonnières et banque de jours présence		45,0		
- rénovation de 10 urgences			127,6	3,6
- systèmes d'information	0,2	0,5		
Mise en service de deux centres ambulatoires (Hôpital du Lakeshore et Hôpital Maisonneuve-Rosemont)				11,0
Accès aux services médicaux et hospitaliers spécialisés		65,0		75,6
TOTAL	**17,2**	**110,5**	**127,6**	**91,7**

L'atteinte de notre objectif exigera des développements récurrents de 17,2 M$ destinés presque en totalité au financement du réseau d'accès rapide aux services diagnostiques. L'atteinte des objectifs proposés exigera en outre d'y allouer des fonds non récurrents de 110,5 M$ et d'y affecter 91,7 M$ provenant de l'indexation des budgets. Si le taux d'indexation retenu était de 2,6 %, l'ajout budgétaire atteindrait 107 M$ en 2003-2006 et 321 M$ en 2005-2006, et permettrait de financer cette priorité. Elle nécessite à elle seule une indexation du budget régional de 0,8 %. Clairement, ces sommes seront nécessaires pour faire face à la croissance ou la demande en chirurgie cardiaque, chirurgie de la cataracte, remplacement de la hanche et du genou, hémodialyse et radio-oncologie.

5.5 Développer des programmes et des réseaux de services intégrés à l'intention des clientèles vulnérables

Pour les personnes aux prises avec des problèmes complexes (problèmes de santé, sociaux et fonctionnels) et pour les personnes atteintes d'une maladie chronique évolutive, les données probantes démontrent que des réseaux de services intégrés produisent les effets visés :

- de meilleurs résultats de santé et de bien-être pour les personnes rejointes;
- des soins plus satisfaisants parce que continus et complets;
- l'obtention de services au bon endroit et au bon moment coucourrant ainsi à diminuer les hospitalisations évitables et les séjours à l'urgence.

L'évaluation du projet SIPA (Services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie) a démontré qu'une prise en charge plus intégrée permet de diminuer le recours à l'hébergement, de réduire la durée de séjour à l'urgence et d'assurer une plus grande satisfaction des patients. Une étude en santé respiratoire menée au Québec par le Dr Jean Bourbeau a démontré qu'un programme structuré d'intervention auprès des malades pulmonaires chroniques a entraîné une diminution de 40 % des visites à l'urgence et des hospitalisations et de 60 % des visites imprévues chez le médecin. Une étude américaine récente tend à démontrer une réduction radicale des hospitalisations chez des patients souffrant d'insuffisance cardiaque.[11]

De plus, une meilleure coordination et une meilleure intégration des services est une amélioration recherchée par l'ensemble de la population. C'est le diagnostic que faisait la Commission Clair pour ensuite recommander la mise sur pied de réseaux de services intégrés, prenant appui sur un réseau de services de première ligne et misant sur la collaboration des groupes de médecine de famille et des CLSC.

> **La continuité des services**
>
> ***« En fait de continuité des services, le citoyen a l'impression qu'on se relance la balle, et que la balle, c'est lui. Autant il est généralement très satisfait des soins et services individuels reçus, autant il déplore de faire les frais de la fragmentation et de la confusion du système de santé. Il ne comprend pas qu'il doive faire lui-même le lien entre les divers professionnels qui s'occupent de son cas. Il accepte mal qu'on lui donne des rendez-vous étalés sur quatre jours pour quatre examens diagnostiques lors d'un même épisode de soins. Il est fatigué de devoir raconter la même histoire à différents professionnels et aussi d'apporter chaque fois ses médicaments parce que l'information ne circule pas entre eux. Il est angoissé parce qu'il craint que cette fragmentation nuise à sa guérison ou à sa réadaptation. »*** [12]

11 Michèle Bitoun Blecher, « Beyond managed care" Hospitals and Health Networks, volume 75, no 8 septembre 2001, p. 50 53

12 Les solutions émergentes Rapport et recommandations, Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, 2000

La mise sur pied de réseaux de services intégrés pour les clientèles vulnérables nécessite la contribution d'un ensemble de professionnels qui répondent à divers aspects des besoins d'un individu de façon complète et continue. Nous partageons le point de vue de Lise Lamothe qui affirme que : « *Le défi, qui est au centre de cette réorganisation, consiste à repenser l'organisation de la production de soins et de services, de façon à intégrer les activités cliniques dans un contexte où les frontières organisationnelles sont éclatées* ».[13]

En effet, la mise sur pied de réseaux de services intégrés à Montréal nécessite de tisser (au bénéfice des patients) des liens fonctionnels entre les médecins de famille, les CLSC, les services diagnostiques (laboratoire, imagerie médicale), les services médicaux et hospitaliers spécialisés et les services de réadaptation. Il ne s'agit pas tant de tisser des liens entre les établissements mais surtout entre les professionnels eux-mêmes.

Qu'est-ce que c'est ?

Un réseau de services intégrés

Les caractéristiques recherchées :

> la personne qui en bénéficie est enregistrée et participe activement à ses soins;
> elle a un médecin de famille et une infirmière ou un autre professionnel qui agit comme coordonnateur de ses services et assure la liaison avec les différents partenaires du réseau;
> chaque composante du réseau dispose des ressources nécessaires pour jouer le rôle attendu d'elle par les autres;
> les patients ont accès à un service de garde 24 heures/7 jours par semaine;
> les membres du réseau ont accès à l'information pertinente, en temps opportun concernant les patients et bénéficient des outils informatiques et communicationnels adaptés à leurs besoins;
> le réseau donne accès à toute la gamme des services requis pour prévenir, guérir, soigner : promotion de la santé, prévention des maladies, services de santé et services sociaux de première ligne, soutien à domicile et à l'hébergement, services spécialisés.

Une définition

Un réseau de professionnels et de médecins appartenant à des organisations différentes et collaborant :

> pour la prestation d'un continuum de services continus;
> pour une clientèle définie (personnes âgées en perte d'autonomie ou malades chroniques);
> pour obtenir des résultats que chaque composante ne peut fournir par elle-même;
> pour assurer la prise en charge de la clientèle.

Un programme

Un ensemble de services et d'activités intégrés :

> destinés à une clientèle définie;
> visant des résultats spécifiques ;
> pour lesquels sont consenties des ressources humaines, financières, matérielles et informationnelles.

Les résultats attendus

- La réduction des visites à l'urgence et des hospitalisations chez les clientèles vulnérables.
- L'augmentation de la satisfaction des personnes rejointes.
- Le maintien dans la communauté des personnes vulnérables.

Les actions proposées

- Développer des programmes et **des réseaux de services intégrés** pour les clientèles vulnérables :
  - personnes âgées en perte d'autonomie
  - personnes souffrant de maladies chroniques évolutives :
    - maladie pulmonaire obstructive chronique
    - insuffisance cardiaque
    - diabète
  - personnes atteintes de cancer
  - personnes atteintes du VIH-SIDA
  - personnes souffrant de maladie mentale
  - personnes ayant des troubles envahissants du développement.

13 | Lise Lamothe, La recherche de réseaux intégrés, un appel à un renouveau de la gouverne, Gestion, Automne 2002

Les actions proposées (suite)

- Assurer, à chaque composante du réseau, le niveau approprié de ressources pour jouer son rôle :
  - comment demander aux groupes de médecine de famille (GMF) d'assurer, au profit de leurs patients vulnérables, la liaison continue avec les programmes pertinents disponibles en CLSC s'il n'y a pas d'infirmière responsable de la coordination des services chez eux ?
  - comment demander aux CLSC de rendre disponibles à leurs patients et à ceux des GMF, des programmes pour les maladies chroniques évolutives s'il n'ont pas les équipes multidisciplinaires requises ?
  - comment assurer des soins palliatifs à domicile sans garde médicale et infirmière le soir, la nuit et les fins de semaine ?

- Implanter des mécanismes de liaison interactifs fonctionnels.

  Il est essentiel de soutenir, par des outils électroniques efficaces, la transmission des informations pertinentes et en temps utile entre les composantes du réseau :
  - référence entre professionnels;
  - requêtes et résultats : laboratoire, imagerie médicale.

- Renforcer la confiance entre les professionnels des différentes organisations et des différents niveaux de services.

  Pour que les réseaux de services fonctionnent, il faut que les médecins omnipraticiens soient sûrs de pouvoir compter sur des délais raisonnables pour les consultations auprès des spécialistes, que les médecins spécialistes aient confiance de référer des patients, après une hospitalisation, au CLSC et au médecin de famille, et finalement, que le CLSC puisse compter sur une garde médicale, lorsqu'il donne des soins palliatifs.

  Cette condition milite en faveur d'une approche graduelle, permettant la participation et l'apprentissage de tous ceux dont la contribution est nécessaire : médecins généralistes, médecins spécialistes, professionnels, gestionnaires, informaticiens.

- Aligner les incitations de façon à favoriser l'atteinte des objectifs des réseaux intégrés.

  Il faut offrir des incitations encourageant les partenaires à faire ce qui est nécessaire, afin que les objectifs visés par les réseaux intégrés soient atteints.

  Ainsi, dans le cas des groupes de médecine de famille (GMF), il est prévu l'octroi d'un budget non récurrent de 500 000 $ pour leur mise sur pied, et par la suite, d'un budget annuel récurrent de 500 000 $ permettant notamment la disponibilité de deux infirmières provenant des CLSC. De plus, les médecins pratiquant dans ce mode bénéficieraient d'une rémunération majorée d'environ 8 %. Dans le cas des réseaux d'accès rapide aux services diagnostiques, il est prévu une allocation de 17 M$ pour assurer une accessibilité accrue aux services médicaux et aux services diagnostiques.

  Enfin, la nouvelle entente entre la Fédération des médecins omnipraticiens et le gouvernement prévoit une bonification de la rémunération des médecins lorsqu'ils prennent en charge un patient vulnérable.

Les actions proposées (suite)

Ce nouveau **protocole de prise en charge et de suivi** devrait inciter les médecins omnipraticiens à prendre en charge les clientèles vulnérables identifiées et à collaborer aux réseaux de services intégrés qui seront développés à l'intention de ces clientèles.

▷ Établir des ententes contractuelles claires.

Pour assurer la pérennité des réseaux de services intégrés et bien établir les responsabilités mutuelles, nous projetons d'utiliser la formule de contrats ou d'ententes qui lieront les partenaires entre eux : GMF-Régie, GMF-CLSC, centres d'accès rapide-Régie, CLSC-CH, Régie-établissements.

C'est à travers ces contrats ou ces ententes que se formaliseront les responsabilités des partenaires, face à une clientèle définie, ainsi que l'alignement des incitations.

▷ Réaliser la priorité visant à assurer à un réseau de services de première ligne tissé serré autour des groupes de médecine de famille (GMF).

Nous pensons que le développement de réseaux de services intégrés pour les clientèles vulnérables ne pourra se faire que sur la base d'un réseau de services de première ligne mieux organisé et mieux équipé. Si nous ne disposons pas d'une base solide en première ligne, il est utopique de vouloir construire des réseaux intégrés visant des clientèles spécifiques en comptant uniquement sur des services spécialisés.

▷ Améliorer les services à domicile et les services dans la communauté à l'intention des personnes âgées en perte d'autonomie.

Le point de départ des réseaux de services intégrés pour les clientèles vulnérables est la création d'un réseau impliquant la contribution de tous les médecins omnipraticiens de Montréal qui offrent des services médicaux de première ligne, quel que soit leur milieu d'exercice. Par la suite, l'enjeu sera, pour les médecins de famille, d'identifier leurs patients vulnérables et de les mettre en lien avec les réseaux de services intégrés développés en collaboration avec les CLSC pour les personnes âgées en perte d'autonomie, les malades pulmonaires, etc...

Qu'est-ce que c'est ?

Prise en charge et suivi des clientèles vulnérables

Le protocole de prise en charge et de suivi des clientèles vulnérables permettra au médecin de famille d'un patient visé par ce protocole de facturer un supplément de 7,00 $ pour chacun des examens effectués au cabinet et à domicile. Pour le médecin de CLSC ou UMF-CH, un forfait annuel de 15,00 $ sera versé au premier examen.

C'est le médecin habituel du patient que celui-ci doit identifier, et non celui qui lui dispense ponctuellement un service dans le cadre d'une clinique sans rendez-vous ou ailleurs en remplacement de son médecin de famille. À moins que le patient décide de changer de médecin, cette identification n'a pas à être répétée. Les modalités permettant à un patient de changer de médecin seront déterminées au cours des prochaines semaines.

Aucune obligation autre que celle découlant du code de déontologie du médecin n'est rattachée à cette identification. Ce n'est pas un mécanisme d'inscription de clientèle entraînant de nouvelles obligations, tant pour le médecin que pour le patient. Le formulaire d'identification n'est qu'un outil administratif permettant de verser le forfait au médecin de famille qui assure le suivi de son patient.

Clientèle visée

Enfant de 0 à 5 ans
Tout patient âgé de 70 ans et plus
Patients de moins de 70 ans et souffrant de l'un ou l'autre des problèmes suivants :

- Psychose ou sevrage de drogues dures ou d'alcool
- MPOC, asthme modéré ou sévère, pneumopathie professionnelle
- Maladie cardiaque artério-sclérotique
- Cancer associé à un traitement passé, présent ou projeté en chimiothérapie systémique ou en radiothérapie, ou en phase terminale
- Diabète avec complication à un organe cible
- Toxicomanie sous traitement à la méthadone
- VIH/SIDA
- Maladie dégénérative du système nerveux central.

Les actions proposées (suite)

Dans le cas des GMF et des CLSC, la liaison sera facilitée par la présence d'infirmières de CLSC faisant partie intégrante du groupe de médecins de famille.

Pour mettre sur pied des réseaux de services intégrés amenant les professionnels de différentes organisations à collaborer, nous ne misons pas sur une réorganisation des structures mais plutôt sur :

- la liaison et la coordination des services (**gestion de cas**) par des infirmières-pivots placées aux endroits stratégiques du réseau (GMF, CLSC, hôpitaux);
- des programmes spécifiques visant des clientèles souffrant de maladies chroniques évolutives bien identifiées (MPOC, insuffisance cardiaque, diabète);
- des incitations bien alignées favorisant notamment la participation des médecins;
- des ententes formelles.

Qu'est-ce que c'est ?

L'infirmière en groupe de médecine de famille (GMF)

Elle effectuera des activités de :

> prévention
> promotion
> dépistage
> gestion de cas
> coordination des services
> liaison avec les CLSC et les services spécialisés
> suivi systématique des clientèles vulnérables
> prise en charge
> évaluation des demandes urgentes.

Qu'est-ce que c'est ?

Le gestionnaire de cas

C'est le professionnel responsable de :

> développer un plan de services intégrés avec la personne et ses proches;
> s'assurer que ces services sont bien rendus;
> guider la personne et ses proches dans le réseau.

5.5.1 Réseau de services intégrés pour les personnes âgées en perte d'autonomie

Ce réseau de services est déjà très développé à Montréal, mais il nécessite, compte tenu du vieillissement de la population, d'être renforcé de façon importante. Il est une des composantes fondamentales du réseau de première ligne que nous voulons améliorer en priorité à Montréal d'ici 2006.

Les résultats attendus

- Une augmentation du nombre de personnes âgées recevant des services à domicile : de 37 000 à 43 000.
- Une intensité de services plus grande à chaque personne.
- 500 logements sociaux avec services communautaires et plus.

Les actions proposées

- Accroître les activités visant à prévenir les problèmes de santé (influenza), les problèmes sociaux (abus et négligence) et les traumatismes (chutes) qui entraînent une perte d'autonomie.
- Augmenter le budget montréalais consacré aux services à domicile de 76 M$ d'ici 2006 pour accroître la clientèle desservie.

Dans le plan de la santé et des services sociaux « *Pour faire les bons choix* », le ministère établit à 304,5 M$ le financement requis à l'échelle du Québec pour étendre les services de soutien à domicile, accroître et mieux coordonner les services offerts dans la communauté. Compte tenu de la proportion des personnes âgées et très âgées vivant à Montréal, cela permettrait de rehausser le budget de 76 M$ à Montréal d'ici 2006.

En 2000-2001, les CLSC ont desservi à domicile 37 185 personnes âgées en perte d'autonomie, ce qui correspond à 13,6 % des 273 616 personnes âgées de la région. Avec le budget actuel de 97,5 M$, le niveau d'intensité des services offerts correspond à 2 622 $, permettant en moyenne de donner 25,4 visites par personne desservie par année. À titre de comparaison, l'intensité des services offerts dans le projet SIPA correspondait à un coût annuel de 4 994 $ par patient.

Notre pourcentage de desserte et notre intensité de service sont au-dessus de la moyenne provinciale, qui est de 12,5 % et 20,5 visites par année. Ceci s'explique par le fait que notre population de 65 ans et plus est significativement plus importante. En effet, la proportion de gens âgés de 75 à 84 ans est de 5,5 % à Montréal, comparativement à 3,9 % pour le reste du Québec. Pour les gens de plus de 85 ans, nous avons un taux correspondant à 1,5 fois celui du reste du Québec.

Comme la perte d'autonomie augmente de façon importante après 75 ans, et compte tenu des facteurs socio-démographiques propres à Montréal, les besoins sont particulièrement importants dans notre région.

Le ministère, en se basant sur les études comparatives avec d'autres provinces canadiennes, estime à 17 % le pourcentage optimal de personnes âgées de 65 ans et plus que devrait rejoindre le programme de services à domicile. Ce pourcentage prend en compte le fait que 41 % des personnes de 75 ans et plus présentent des incapacités modérées ou graves. Le taux actuel moyen de desserte au Québec est de 12,5 % et le ministère a établi comme cibles d'atteindre 15 % d'ici 2006 et 17 % en 2008.

À Montréal, d'ici 2006, la population âgée de 65 ans et plus comprendra 289 039 personnes.

Donc, avec un budget additionnel de 76 M$, nous pourrions desservir, en 2006, 15 % de personnes âgées de 65 ans et plus, soit 43 355 personnes, avec une intensité équivalent en moyenne à 4 000 $ par personne par année, ou 38,6 visites par année. Ceci nous amènerait à 80 % de l'intensité atteinte dans le projet SIPA qui a démontré un impact favorable sur le taux d'hébergement et la durée de séjour à l'urgence.

Les actions proposées (suite)

L'autre option serait de rejoindre, dès 2006, 17 % de ces clientèles-cibles, soit 49 136 personnes, avec un niveau d'intensité correspondant en moyenne à 3 531 $ par personne.

- Assurer l'accès à des services similaires à ceux des centres de jour dans chaque territoire de CLSC.
- Assurer, dans chaque CLSC, la mise sur pied ou la consolidation d'un programme de soutien aux personnes aidantes naturelles : répit (à domicile, en centre de jour, en hébergement temporaire), groupes d'entraide et de soutien, counselling individuel.
- Accroître les services d'hébergement alternatifs à l'hébergement en institution :
  - soutenir le développement d'unités de logements sociaux avec services pour les personnes âgées en perte d'autonomie;
  - assurer les services requis pour la réalisation de 500 unités de logements sociaux et communautaires dans le cadre du programme Accès-Logis, volet 2;
  - rendre disponibles les services et soins requis via les CLSC pour ces 500 unités de logement sociaux et communautaires;
  - développer des ententes avec les partenaires concernés quant aux services complémentaires requis tels la sécurité et l'alimentation;
  - développer 1 245 places d'hébergement dans des ressources intermédiaires ou dans des ressources privées à but lucratif ou sans but lucratif.
- Implanter l'**Outil d'évaluation multiclientèle (OEMC)**

Cet outil servira à évaluer, au plan clinique, toutes les demandes d'hébergement en ressources de longue durée et assurera la continuité des soins à l'intérieur des réseaux de services.

D'ici décembre 2003, 1 500 personnes impliquées dans les demandes d'hébergement et 2 000 personnes concernées par les réseaux de services intégrés recevront la formation pour l'utilisation de l'Outil d'évaluation multiclientèle (version papier).

L'implantation de la version électronique débutera en 2004.

Qu'est-ce que c'est

Outil d'évaluation multiclientèle (OEMC)

L'Outil d'évaluation multiclientèle origine d'une collaboration entre la Régie régionale de Montréal et R. Hébert, R. Carrier et A. Bilodeau du Centre de recherche en gérontologie et gériatrie de l'Institut universitaire de Sherbrooke. Implanté en 1992 dans les CLSC de Montréal et de Laval, l'Outil d'évaluation multiclientèle a fait l'objet d'une révision en 1994 et d'une bonification en 2002. En mars 2002, M. Pierre Gabriel, sous-ministre au ministère de la Santé et des Services sociaux, annonce l'implantation de l'outil dans tous les établissements du Québec et son utilisation par tous les intervenants du réseau qui ont à évaluer des personnes en perte d'autonomie.

La version 2002 de l'Outil d'évaluation multiclientèle se compose de six instruments :

- Prise de contact
- Évaluation de l'autonomie
- Profil évolutif de l'autonomie
- Évaluation de l'autonomie clientèle de soins court terme
- Plan d'intervention et d'allocation de services
- Tableau de soins.

Au plan conceptuel, l'Outil d'évaluation multiclientèle repose sur une approche globale des besoins de la personne et de son milieu : l'évaluation doit couvrir l'ensemble des besoins relatifs à la santé physique et psychique, aux capacités fonctionnelles et à la situation psychosociale de la personne.

Les actions proposées (suite)

- Implanter la Demande de service interétablissements en version électronique.

  Cet outil de référence électronique sera déployé dans tous les établissements concernés (hôpitaux, CLSC, centres de réadaptation) ainsi que dans les groupes de médecine de famille (GMF).

- Instaurer un système de garde infirmière et médicale sur chacun des quatre territoires couverts par les centraux 24/7 des CLSC.

  Ce service de garde infirmière et médicale couvrirait toute la ville de Montréal et serait accessible à tout patient inscrit aux services à domicile des CLSC.

  Ce service vise les personnes :
  - qui nécessitant des soins palliatifs
  - qui sont atteints d'une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)
  - qui souffrent d'une insuffisance cardiaque sévère
  - qui sont en perte d'autonomie et présentent des facteurs de risque importants de nature physique.

Le ministère a établi comme objectifs, l'atteinte, d'ici cinq ans, d'un taux d'hébergement institutionnel correspondant à 3,5 lits par 100 personnes âgées de 65 ans et plus et le rehaussement du niveau d'admission en longue durée à 3 heures de soins requis par jour. Ceci implique, pour chaque régie régionale, de se donner un plan d'action sur cinq ans en privilégiant le soutien dans la communauté et le développement de diverses formules alternatives à l'hébergement institutionnel.

Des enjeux majeurs en hébergement

Un tel objectif soulève plusieurs enjeux majeurs à Montréal, compte tenu des éléments suivants :

1. Montréal compte 50 % de plus de personnes âgées de 85 ans et plus que le reste du Québec.

   Comme les taux d'institutionnalisation par groupe d'âge augmentent de façon considérable à partir de 75 ans, les projections du Regroupement des CHSLD de Montréal, en utilisant les taux retenus par le comité Bédard, estiment les besoins de lits d'hébergement à 12 983 en 2003 et à 13 962 en 2006.

Qu'est-ce que c'est ?

La demande de service interétablissements (DSIE)

Développée par la Régie régionale de Montréal et SOGIQUE

La demande de service interétablissements (DSIE) est un système d'information qui supporte le continuum de soins et de services entre les établissements. Cet outil facilite le passage d'un patient des soins généraux ou spécialisés vers la première ligne. Ce maillage des processus de référence entre les établissements permet de gagner en rapidité et en fiabilité.

Actuellement, si un centre hospitalier donne un congé à un patient, il doit envoyer une fiche papier par télécopieur avec une série d'indications. Ainsi naît une longue chaîne téléphonique afin de déterminer le suivi pour le transfert du patient. Avec la demande de service interétablissements, cela permet un échange électronique de l'information. Lorsqu'un CLSC reçoit une demande de service, un accusé de réception est automatiquement envoyé au demandeur. Par la suite, le CLSC peut expédier un avis d'acceptation ou de refus tout en indiquant les motifs appropriés. S'il accepte, il sera ensuite en mesure d'informer le demandeur du suivi effectué avec le patient et de certaines données d'intervention pertinentes (par exemple, les coordonnées de l'intervenant responsable du patient). Les données qui circulent gagnent en clarté et en fiabilité tout en étant présentées uniformément d'un établissement à un autre.

La demande de service interétablissements est aussi connectée aux centraux Info-Santé afin de répondre aux demandes lorsque les CLSC sont fermés. De plus, cet outil peut permettre à un établissement de demander l'avis d'un CLSC concernant le maintien à domicile ou le placement d'un patient. L'évaluation du niveau d'autonomie du patient pourra être faite par le CLSC. Les établissements qui envoient des demandes par l'entremise de la demande de service interétablissements ont aussi la possibilité d'indiquer sommairement leur propre évaluation du patient grâce à un petit outil intégré dans l'application.

La demande de service interétablissements est présentement en expérimentation dans trois établissements montréalais : le Centre universitaire de santé McGill (CUSM), le CLSC Métro et l'Hôpital de réadaptation Lindsay.

Groupe d'âge	Besoins pour lits de longue durée	
0-20 ans	Aucune personne en CHSLD	0 %
20-64 ans	1 personne sur 1000	0,1 %
65-69 ans	7 personnes sur 1000	0,7 %
70-74	15 personnes sur 1000	1,5 %
75-79	31 personnes sur 1000	3.1 %
80-84	70 personnes sur 1000	7 %
85-89	137 personnes sur 1000	13,7 %
90 ans et +	290 personnes sur 1000	29 %

Ce nombre de lits correspond, pour les 65 ans et plus, à un taux d'hébergement 4,6 % en 2003 et de 4,8 % en 2002. Dans cette perspective, il faudrait augmenter le nombre de lits actuels de 1 689.

2. Le nombre actuel de lits disponibles pour les 65 ans et plus est de 12 263, ce qui correspond à un taux d'hébergement de 4,4 %. Pour atteindre un taux de 3,5 % en 2006, il nous faudrait passer à 10 116 lits d'hébergement et, en conséquence, réduire notre parc actuel de 2 147 lits.

3. En considérant les personnes âgées de 65 ans et plus, le taux relatif d'hébergement à Montréal est à 1,2 par rapport au Québec (1,0). Ce taux baisse cependant à 1,1 % si l'on considère uniquement les gens âgés de 75 ans et plus. Or, actuellement, les personnes âgées de 75 ans et plus constituent 75 % des personnes hébergées à Montréal et la proportion atteindra 88 % en 2006.

4. Si on additionne les places d'hébergement publiques et privées à but lucratif ou sans but lucratif et qu'on les rapporte au nombre de personnes de 65 ans et plus, alors Montréal a le même taux d'hébergement que le reste du Québec. Si on utilise le nombre de personnes de 75 ans et plus, alors le taux d'hébergement relatif à Montréal est inférieur de 10 % à ce qu'on observe dans l'ensemble du Québec. Si l'on s'intéresse uniquement aux personnes de 75 ans et plus vivant seules, le taux montréalais d'hébergement, toutes ressources confondues, est inférieur de 20 % à celui du Québec.

RÉGIONS	Pop 65 ans et +[1]	Pop 75 ans et +[1]	CHSLD/RTI RTF privés[2]	Taux d'hébergement 65 ans %	relatif	75 ans %	relatif
Montréal	276 988	130 000	33 119	12,0	1,0	25,5	0,9
Québec	958 682	415 065	114 440	11,9		27,6	

1 : Perspectives démographiques des régions du Québec, 1996 à 2021, Institut de la statistique du Québec, juin 2000
2 : Ressources d'hébergement observées par région au Québec 2001-2002, DAAR, MSSS, octobre 2002

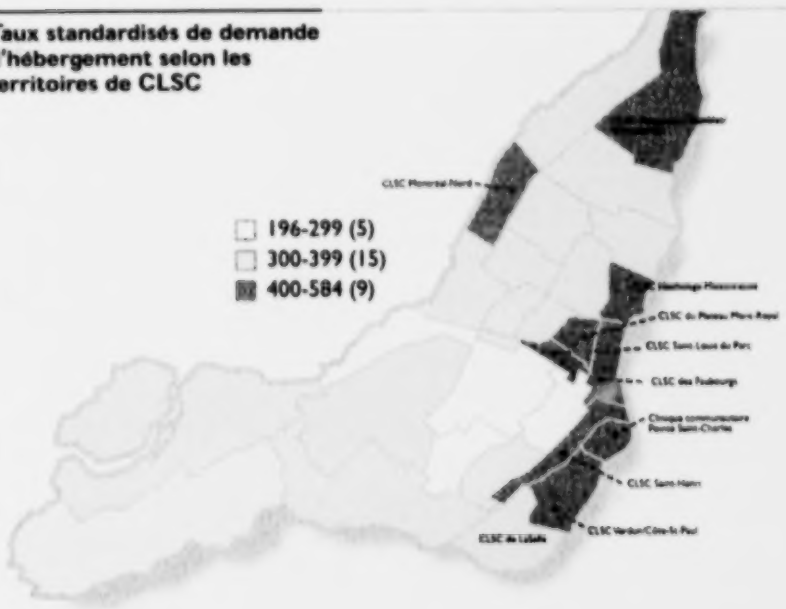
5. Les besoins d'hébergement varient selon les caractéristiques socio-économiques des territoires de CLSC. Même lorsqu'on standardise les demandes selon l'âge, on note une variation importante (allant de 1 à 4) selon les territoires de CLSC. Ce phénomène n'est pas lié à des différences de pratique, mais à des facteurs socio-économiques reliés aux variations dans l'espérance de vie. Ces deux phénomènes sont fortement associés comme le démontrent les taux de corrélation entre les deux variables.

Heures-soins requises	Coefficient de corrélation entre le taux standardisé de demande d'hébergement et l'espérance de vie (par CLSC)
1,5 heure-soins et +	0,70
1 à 1,5 heure-soins	0,80
Moins de 1 heure-soins	0,82

On note que l'association est d'autant plus forte que le nombre d'heures-soins requises est faible. Dans les territoires les plus défavorisés (faible espérance de vie), les demandes d'hébergement sont plus importantes surtout pour les personnes demandant moins de 1 heure-soins.

La carte suivante montre clairement que les taux standardisés de demande d'hébergement sont plus élevés dans les territoires les plus défavorisés.

Taux standardisés de demande d'hébergement selon les territoires de CLSC



C'est dans ces territoires que les besoins d'hébergement pour des niveaux de soins plus faibles (moins de 1,5 heure-soins) sont importants, à cause de l'état de santé, de la situation socio-économique et de la faiblesse du tissu social des personnes.

6. L'objectif de rehausser les critères d'admission à 3 heures-soins par jour devient un enjeu très important si l'on considère la répartition actuelle des lits.

Heures-soins requises	Coefficient de corrélation entre le taux standardisé de demande d'hébergement et l'espérance de vie (par CLSC)
1,5 heure-soins et +	0,70
1 à 1,5 heure-soins	0,80
Moins de 1 heure-soins	0,82

On note que l'association est d'autant plus forte que le nombre d'heures-soins requises est faible. Dans les territoires les plus défavorisés (faible espérance de vie), les demandes d'hébergement sont plus importantes surtout pour les personnes demandant moins de 1 heure-soins.

La carte suivante montre clairement que les taux standardisés de demande d'hébergement sont plus élevés dans les territoires les plus défavorisés.

Taux standardisés de demande d'hébergement selon les territoires de CLSC

C'est dans ces territoires que les besoins d'hébergement pour des niveaux de soins plus faibles (moins de 1,5 heure-soins) sont importants, à cause de l'état de santé, de la situation socio-économique et de la faiblesse du tissu social des personnes.

6. L'objectif de rehausser les critères d'admission à 3 heures-soins par jour devient un enjeu très important si l'on considère la répartition actuelle des lits.

Évolution des lits de longue durée en CHSLD 1998-2002

Situation	< 1,5 h.-s.	%	1,5 à 2,5 h.-s.	%	2,5 h.-s. et +	%	Total
1997-1998	1 053	7,6 %	6 644	48,2 %	6 084	44,1 %	13 781
31/03/2002	738	5,4 %	6 354	46,9 %	6 450	47,6 %	13 542
Écart	-315	-2,2 %	-290	-1,3 %	366	3,5 %	-239

La région compte 738 lits offrant moins de 1,5 heure soins par jour et 6 354 lits offrant entre 1,5 et 2,5 heures soins.

La presque totalité des lits de moins de 1,5 heure soins est située dans les établissements déjà rénovés et mis aux normes. Il faudrait, pour rehausser ces lits (environ 700), rehausser le budget des établissements concernés de 13,8 M$ par année.

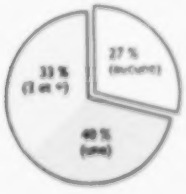
Chaque tranche de mille lits, qui passerait à la catégorie intermédiaire (1,5 à 2,5 heures soins) à la catégorie supérieure (plus de 2,5 heures soins), nécessite un ajout annuel de 10 M$. D'autre part, chaque groupe de 1 000 lits qui pourraient être fermés pour des raisons de vétusté ou de diminution du taux d'hébergement institutionnel représente un potentiel de réallocation de 27 M$.

On notera enfin que le parc de lits montréalais compte 3 295 lits très vétustes et que la mise aux normes de ces lits nécessiterait des immobilisations de l'ordre de 228,2 M$.

7. Avant leur demande d'hébergement, les personnes âgées vivent souvent une période de fragilisation qui les amène à être hospitalisées, à plusieurs reprises et pour de longues périodes. Ce phénomène a un impact non négligeable sur la disponibilité des lits de courte durée dans les hôpitaux montréalais.

   De plus, le nombre de lits de courte durée occupés par des personnes âgées en attente d'hébergement, en sus des places prévues à cette fin dans les hôpitaux, est en croissance constante.

% de demandeurs selon le nombre d'hospitalisations



Les trois quarts des personnes qui ont fait une demande d'hébergement en 2001 (N=4620) ont été hospitalisées dans l'année précédant leur demande. Un tiers des personnes ont été hospitalisées deux fois ou plus.

En prenant dans la cohorte de 2001, les personnes de Montréal de 70 ans et plus, on observe qu'elles ont utilisé l'équivalent de 407 lits au cours de l'année précédant leur demande. Ceci représente 20% du total des lits de courte durée utilisés en 2000-2001 pour des résidents de Montréal de 70 ans et plus en médecine et chirurgie.

8. Le taux d'hébergement montréalais pour les personnes de 20 à 64 ans est supérieur de 44 % à celui du reste du Québec. Au total, les personnes de ce groupe occupent près de 650 lits, ce qui s'explique par leur situation socioéconomique, par la disponibilité en services spécialisés offerts dans certains centres montréalais et par le peu de ressources intermédiaires pour cette clientèle.

Évolution des lits de longue durée en CHSLD 1998-2002

Situation	< 1,5 h.-s.	%	1,5 à 2,5 h.-s.	%	2,5 h.-s. et +	%	Total
1997-1998	1 053	7,6 %	6 644	48,2 %	6 084	44,1 %	13 781
31/03/2002	738	5,4 %	6 354	46,9 %	6 450	47,6 %	13 542
Écart	-315	-2,2 %	-290	-1,3 %	366	3,5 %	-239

La région compte 738 lits offrant moins de 1,5 heure-soins par jour et 6 354 lits offrant entre 1,5 et 2,5 heures-soins.

La presque totalité des lits de moins de 1,5 heure-soins est située dans les établissements déjà rénovés et mis aux normes. Il faudrait, pour rehausser ces lits (environ 700), rehausser le budget des établissements concernés de 13,8 M$ par année.

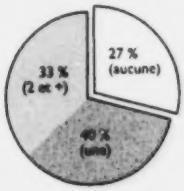
Chaque tranche de mille lits, qui passerait à la catégorie intermédiaire (1,5 à 2,5 heures-soins) à la catégorie supérieure (plus de 2,5 heures-soins), nécessite un ajout annuel de 10 M$. D'autre part, chaque groupe de 1 000 lits qui pourraient être fermés pour des raisons de vétusté ou de diminution du taux d'hébergement institutionnel représente un potentiel de réallocation de 27 M$.

On notera enfin que le parc de lits montréalais compte 3 295 lits très vétustes et que la mise aux normes de ces lits nécessiterait des immobilisations de l'ordre de 228,2 M$.

7. Avant leur demande d'hébergement, les personnes âgées vivent souvent une période de fragilisation qui les amène à être hospitalisées, à plusieurs reprises et pour de longues périodes. Ce phénomène a un impact non négligeable sur la disponibilité des lits de courte durée dans les hôpitaux montréalais.

   De plus, le nombre de lits de courte durée occupés par des personnes âgées en attente d'hébergement, en sus des places prévues à cette fin dans les hôpitaux, est en croissance constante.

% de demandeurs selon le nombre d'hospitalisations



Les trois quarts des personnes qui ont fait une demande d'hébergement en 2001 (N=4620) ont été hospitalisées dans l'année précédant leur demande. Un tiers des personnes ont été hospitalisées deux fois ou plus.

En prenant dans la cohorte de 2001, les personnes de Montréal de 70 ans et plus, on observe qu'elles ont utilisé l'équivalent de 407 lits au cours de l'année précédant leur demande. Ceci représente 20% du total des lits de courte durée utilisés en 2000-2001 pour des résidents de Montréal de 70 ans et plus en médecine et chirurgie.

8. Le taux d'hébergement montréalais pour les personnes de 20 à 64 ans est supérieur de 44 % à celui du reste du Québec. Au total, les personnes de ce groupe occupent près de 650 lits, ce qui s'explique par leur situation socioéconomique, par la disponibilité en services spécialisés offerts dans certains centres montréalais et par le peu de ressources intermédiaires pour cette clientèle.

9. Une étude récente du ministère de l'Emploi et de la Solidarité de la France établit clairement que, dans les pays d'Europe, où une faible proportion des personnes âgées vivent avec leurs enfants, le taux de personnes âgées vivant en établissement est élevé [14].

   Ainsi, dans les pays scandinaves, un quart des personnes de 85 ans et plus et 8 % des personnes de 65 ans et plus sont hébergées. En France, les taux sont respectivement de 26,7 % et de 6,8 %. Dans les pays du sud de l'Europe, les taux d'hébergement chez les personnes âgées de 65 ans et plus sont inférieurs à 5 %.

   Donc, en Europe, il y a une corrélation très forte entre le pourcentage de personnes âgées vivant seules ou en couple et le taux d'hébergement. La proximité et la contribution des enfants semblent être des facteurs déterminants.

   À Montréal, on trouve une proportion très élevée de personnes âgées vivant seules donc, ce facteur aussi doit être pris en compte.

Un Plan régional d'organisation des services d'hébergement et de soins prolongés d'ici avril 2004

Dans le contexte actuel, compte tenu des objectifs ministériels et de la spécificité montréalaise, nous proposons d'élaborer, d'ici le 1er avril 2004, un Plan régional d'organisation des services d'hébergement et de soins prolongés en répondant aux questions suivantes:

Quelle capacité d'hébergement doit-on viser d'ici cinq ans, en prenant en compte la contribution des diverses formules possibles :
- *hébergement institutionnel*
- *ressources intermédiaires*
- *ressources de type familial*
- *hébergement privé avec but lucratif*
- *hébergement privé sans but lucratif*
- *logements sociaux avec services communautaires*

Quelle formule permettrait de desservir adéquatement les personnes ayant des problèmes cognitifs et nécessitant des services de gardiennage et de surveillance ?

Comment rendre accessibles des formes d'hébergement privé avec ou sans but lucratif aux personnes socio-économiquement défavorisées ?

Comment financer le développement préalable des ressources alternatives à l'hébergement institutionnel avant de réduire le nombre de places dans ce secteur et de rehausser l'intensité des services offerts?

Par quel type de ressources remplacer les installations vétustes ?

Comment assurer, dans la communauté, une prise en charge 24 heures, 7 jours, des clientèles vulnérables ?

Qu'est-ce que c'est ?

Un Plan régional d'organisation des services (PROS)

Les principaux résultats attendus d'un PROS sont :
- > La définition de la nature et du volume des soins requis dans un domaine pour répondre aux besoins de la population en tenant compte des ressources financières identifiées à cette fin, la précision de la contribution attendue de chaque établissement et de chaque organisme communautaire de la région
- > Une fois élaborés et adoptés par la Régie, les plans régionaux d'organisation de services servent de cadre de référence pour les ententes de gestion avec les établissements concernés, pour l'allocation de leurs budgets, de même que pour l'approbation de plans d'organisation et d'effectifs médicaux, le cas échéant.
- > Les PROS sont des outils définis dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux à l'article 347 (avoir annexe 5).

14 | Études et résultats, La prise en charge de la dépendance des personnes âgées : une comparaison internationale, L. Assous et P. Ralle, no 74, juillet 2000

Quelles sera la contribution des différents secteurs à la desserte des personnes âgées en perte d'autonomie : secteur public, secteur privé, secteur communautaire, secteur coopératif, secteur de l'économie sociale, secteur du logement social, secteur municipal ?

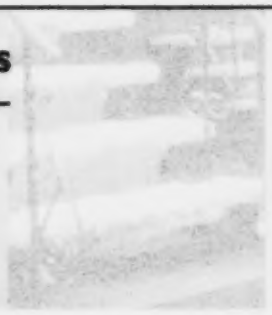
5.5.2 Réseau de services intégrés pour les personnes atteintes de maladies chroniques évolutives

Le traitement et le suivi des personnes atteintes de maladies chroniques évolutives sont inégalement développés dans la région de Montréal. Ces patients utilisent fréquemment les services médicaux, les services hospitaliers et les services d'urgence. Ce sont aussi les clientèles qui nécessitent le plus d'intervention dans la communauté. Les données de santé publique nous démontrent que, chez les personnes âgées de 65 ans et plus, 85 % des hospitalisations sont dues à l'insuffisance cardiaque ou à une maladie pulmonaire obstructive chronique.

Les résultats attendus

Pour ces clientèles :

- **la réduction des visites à l'urgence;**
- **la réduction des hospitalisations;**
- **une meilleure prise en charge;**
- **une plus grande satisfaction.**



Les actions proposées

- **Renforcer les équipes multidisciplinaires en CLSC pour accroître leur capacité à prendre en charge les personnes souffrant d'une maladie chronique évolutive :**
  - **consolider et compléter les équipes dans les domaines pertinents : nutrition, physiothérapie, ergothérapie, orthophonie;**
  - **donner accès à des consultations en pharmacie et en psychogériatrie.**
- **Mettre sur pied un continuum de services intégrés sur le modèle développé par la Régie régionale pour les personnes atteintes de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) et le rendre accessible pour les maladies chroniques suivantes : insuffisance cardiaque, diabète.**

Qu'est-ce que c'est

Le nutritionniste évalue des patients et établit les plans de traitement requis pour les clientèles :

> post-chirurgicales (résection du colon, etc.)
> dysphagiques,
> en soins palliatifs,
> malnutries et dénutries,
> diabétiques.

Le pharmacien :

> agit auprès de l'usager en tenant compte de son milieu de vie;
> assure le suivi pour la résolution des problèmes reliés aux médicaments;
> contribue à coordonner le plan d'ensemble du traitement médicamenteux;
> favorise la continuité des soins pharmaceutiques.

Qu'est-ce que c'est ?

Modèle de réseau de services intégrés pour maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)

CLSC :
- Mise en place de services spécifiques destinés aux personnes atteintes de MPOC soit : détection, immunisation, cessation de fumer, suivi systématique, enseignement à l'autogestion de sa maladie, réadaptation respiratoire, intervention psychosociale, support aux proches, formation et animation de groupes d'entraide et services de fin de vie; aux services courants ou aux services à domicile du CLSC.
- Clientèle cible : les personnes atteintes ayant un résultat au VEMS supérieur à 50 % ou en l'absence de VEMS avec un DÉBIT DE POINTE supérieur à 50 % ainsi qu'aux clientèles avec équipement respiratoire ou avec des atteintes plus sévères qui ont été stabilisées par le SRSAD.
- Désignation d'une infirmière chargée du programme MPOC dans chacun des CLSC. Celle-ci a pour fonctions : la formation, l'aide conseil auprès des intervenants, la prise en charge clinique des personnes atteintes exigeant une connaissance plus approfondie de la maladie.
- Nomination d'un gestionnaire de cas pour chaque personne atteinte.
- Élaboration du plan de services individualisé en collaboration avec les partenaires.

SRSAD (Service régional de soins à domicile pour malades pulmonaires) :
- Clientèle cible : services respiratoires à domicile pour les personnes atteintes ayant besoin d'équipement respiratoire, personnes réfractaires au traitement et les personnes sans équipement respiratoire dont le résultat du VEMS est de 50 % et moins ou en l'absence de VEMS avec un DÉBIT DE POINTE de 50 % et moins et ceci jusqu'à la stabilisation de l'état.
- Participation au plan de services individualisé avec les partenaires.
- Consolidation des services d'inhalothérapie.
- Garde régionale en inhalothérapie, vingt-quatre (24) heures par jour, sept (7) jours par semaine, incluant les congés fériés.
- Gestion du parc d'équipements respiratoires à l'échelle régionale.
- Support individuel et de groupe aux intervenants des équipes locales.
- Collaboration au plan de formation, à l'élaboration et implantation d'outils communs de suivi.

CHSGS (Centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés) :
- Services spécialisés et généraux pour les clientèles atteintes en phase aiguë.
- Participation au plan de services individualisé avec les partenaires.
- Désignation d'un intervenant pivot (gestionnaire de cas) rattaché et intégré à une clinique ayant une programmation spécifique pour la clientèle atteinte de MPOC. Cet intervenant s'assure de la prise en charge du client par le médecin traitant, le médecin spécialiste, s'il y a lieu, les CLSC et, selon l'analyse de l'état de santé, permet l'accès aux ressources spécialisées lorsque le besoin du client ou des référents le nécessite.
- Réadaptation pulmonaire : mise en place de processus de réadaptation pulmonaire.

Médecin traitant :
- Assure la prise en charge médicale de son patient en collaboration avec le CLSC, le SRSAD, le CHSGS et les autres partenaires dans le cadre du plan de services individualisé.

Service de garde médicale, en soins infirmiers et en inhalothérapie :
- Les personnes atteintes vivant à domicile pourront compter sur une garde médicale, en soins infirmiers et en inhalothérapie, vingt-quatre (24) heures par jour, sept (7) jours par semaine, incluant les congés fériés.
- Une garde médicale et infirmière sera mise en place selon un modèle régional pour les clientèles vulnérables.
- La garde en inhalothérapie sera assumée par le SRSAD.

Le budget de 2,4 M$ récurrent pour la mise sur pied de la première phase du réseau de services intégrés pour les patients MPOC est déjà disponible.

5.5.3 Réseau de services intégrés en oncologie et en soins palliatifs

Dans le cadre de l'implantation du Programme québécois de lutte contre le cancer (PQLCC), la Régie régionale a produit, avec la collaboration de tous les acteurs régionaux, un état de situation[15] sur l'organisation des services en oncologie. On y constate :

15 | État de situation sur l'organisation des services en oncologie, Régie régionale de Montréal-Centre en collaboration avec des partenaires du réseau, mai 2002

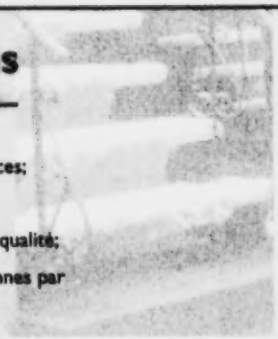
- des délais d'accès trop longs aux services et aux plateaux techniques;
- des difficultés d'accès à l'information :
  - fichier des tumeurs;
  - résultat d'examen;
  - dossier oncologique;
- un manque de continuité entre les intervenants et la difficulté pour le patient de s'y retrouver;
- une gamme incomplète de services surtout au plan du support psychosocial et des services de première ligne;
- un manque de standardisation des approches cliniques;
- le besoin de consolider les services de prévention et de dépistage;

Pour améliorer les services en oncologie, il faut :

- faciliter la circulation du bénéficiaire dans un ensemble complexe de services;
- améliorer la continuité entre les différents dispensateurs de services;
- diminuer les délais d'accès;
- harmoniser des pratiques et approches cliniques.

Déjà, pour diminuer les délais d'accès, nous avons proposé, dans le cadre de la priorité 5.4, d'ajouter 3,9 M$ sur une base annuelle aux budgets actuels en chirurgie oncologique et en radio-oncologie, ainsi que 6,3 M$ récurrents pour améliorer les services d'imagerie médicale.

Les résultats attendus



Une efficacité améliorée en oncologie :

- des délais d'accès plus courts pour les services;
- des services continus;
- des pratiques et des approches cliniques de qualité;
- des soins palliatifs accessibles à 5 000 personnes par année dans les CLSC et les CHSLD.

Les actions proposées

Désignation des centres d'oncologie

- Désigner des centres régionaux de lutte contre le cancer pour les adultes et pour les enfants ainsi que les centres locaux avec lesquels il seront en lien et les mandater pour implanter les équipes oncologiques dont les fonctions sont présentées à l'annexe 6.

  Le mandat de ces centres désignés sera de :

- Mettre sur pied les équipes régionales et locales d'oncologie par siège de cancer avec leurs partenaires : hôpitaux, CLSC, GMF.
- Convenir, avec la Régie régionale, de la désignation des équipes régionales pour les cancers à volume restreint ou exigeant une expertise rare.

  La désignation se fera en fonction des critères recommandés par le Programme québécois de lutte contre le cancer (voir annexe 7) et en suivant les principes recommandés par la Commission médicale régionale pour rendre disponible l'expertise requise et dispenser des services de qualité. Enfin, la désignation des équipes suprarégionales sera faite par le ministère.

Sur le plan de la livraison des services d'oncologie, les équipes ont les mandats suivants :

- Respecter les délais d'accès convenus par les experts, tant pour l'accès aux services diagnostiques que pour les chirurgies, la radiothérapie et la chimiothérapie.
- Mettre sur pied les équipes interdisciplinaires pour les différents sièges tumoraux regroupant l'ensemble des professionnels requis. Ces équipes permettent de faire le lien entre les différents intervenants et cela permettra au patient de bénéficier d'une prise en charge complète en un seul endroit.
- Confier aux professionnels appropriés la responsabilité d'intervenant-pivot. Le rôle de l'intervenant-pivot consiste à évaluer les besoins de la personne atteinte d'un cancer et ceux de ses proches mais aussi à les informer, les soutenir et les accompagner tout au long du processus de traitement et à assurer une continuité dans les actions entreprises par les différents professionnels.
- Harmoniser les modes de pratique des intervenants en fonction des approches les plus efficaces et efficientes.

Améliorer la gamme de services en oncologie

- Promotion et prévention
  - Dans le cadre du Plan d'action montréalais en santé publique, réaliser en priorité une stratégie de communication et d'intervention visant la prévention du tabagisme

Les actions proposées (suite)

- Initier un programme d'information aux parents sur les mesures protectrices à prendre pour éviter le cancer de la peau dû à l'exposition prolongée au soleil chez les jeunes enfants.

▷ Dépistage
- Développer un plan de surveillance continu de l'état de santé des travailleurs et des facteurs d'exposition concernant les maladies pulmonaires liées à l'amiante : amiantose et mésothéliome
- Dans le cadre du Plan d'action montréalais en santé publique, développer et appliquer une stratégie visant à augmenter la participation des femmes au programme de dépistage du cancer du sein. Le taux actuel n'est que de 32,2 % alors qu'il devrait être au moins de 70 % pour que le programme soit efficace;
- Mettre en œuvre un projet pilote de dépistage du cancer du col utérin qui pourrait servir de base à l'établissement d'un programme général.

▷ Investigation, traitement et soutien
- Mettre sur pied les systèmes d'information requis pour :
  - faciliter l'accès aux résultats des tests de laboratoire et d'imagerie médicale dans les cinq centres régionaux désignés;
  - compléter l'informatisation des centres de référence et d'investigation diagnostique (CRID);
  - développer un registre régional électronique des tumeurs;
- Réduire les délais d'accès en radio-oncologie et en chirurgie oncologique en fonction des normes recommandées par les experts;
- Doter les centres régionaux désignés d'intervenants pivots (gestionnaires de cas);
- Standardiser les pratiques cliniques en fonction des normes et standards développés par le Programme québécois de lutte contre le cancer ainsi que par le Conseil québécois et former le personnel œuvrant en oncologie dans cette perspective;
- Développer les services de première ligne et uniformiser le panier de services offerts en CLSC lors du renforcement des équipes multidisciplinaires des soins aux personnes atteintes de maladie chronique évolutive.

▷ Soins palliatifs
- Développer les services de première ligne en soins palliatifs afin d'augmenter la possibilité pour les gens de mourir à domicile;
- Mettre sur pied des mécanismes de référence formels entre les différents partenaires afin d'assurer la continuité des services entre les hôpitaux, les centres d'hébergement et de soins de longue durée, les CLSC, les GMF et les services de garde médicale et infirmière rattachée aux quatre centraux 24/7-Info-Santé et les organismes communautaires. Utiliser la demande de service interétablissements (DSIE) à cette fin;
- Mettre sur pied un réseau de services intégrés en soins palliatifs
  - mobilisant les divers partenaires pertinents,
  - standardisant les outils de travail clinique,
  - établissant le cheminement de la clientèle et les critères de référence;
- Développer l'expertise des intervenants œuvrant auprès des personnes malades ou de leurs proches en rendant accessible la formation de base requise et le soutien en deuxième ligne des centres désignés;
- Intensifier les soins palliatifs offerts en première ligne et dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) de façon à pouvoir desservir 5 000 personnes par année.

5.5.4 Réseau de services intégrés pour les personnes vivant avec le VIH-SIDA et les personnes à risque d'être infectées

Au Québec, la grande majorité des cas de VIH-SIDA se retrouve dans la région de Montréal. Les populations vulnérables à cette infection présentent souvent un cumul de risques (toxicomanie, prostitution, itinérance...), souvent jumelé à des problèmes de santé mentale ou à la présence conjointe de l'Hépatite C.

Les développements cliniques récents ainsi que le désintérêt des communautés face à la prévention et aux comportements sécuritaires ont contribué à installer la perception que le VIH-SIDA est devenu une simple maladie chronique. On sait maintenant que la banalisation de l'infection au VIH-SIDA et le relâchement des comportements de réduction des risques peuvent entrainer des conséquences désastreuses, étant donné le risque d'apparition de souches résistantes aux traitements et l'incertitude quant à l'efficacité et à l'innocuité à long terme des thérapies anti-VIH.

De plus, de récentes données de la santé publique font ressortir une hausse importante de l'infection gonococcique et de la syphilis en phase contagieuse ces dernières années. Le nombre annuel de cas déclarés de syphilis double chaque année depuis 1998, alors que le nombre d'infections gonococciques a augmenté de 120 % depuis le plancher atteint en 1996. Dans les deux cas, une proportion importante touche les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, renforçant ainsi l'hypothèse du relâchement des pratiques sexuelles sécuritaires.

L'arrivée des nouveaux médicaments a aussi apporté plusieurs changements au niveau de la maladie et du mode de vie des personnes atteintes, notamment en retardant les manifestations du SIDA et en maintenant ces personnes plus longtemps dans leur milieu de vie. Malgré cela, en raison d'effets secondaires importants, du développement de souches résistantes, de la présence conjointe du VIH et de problèmes de toxicomanie, de la co-infection VIH et hépatites, pour ne nommer que ceux-là, les traitements médicaux sont devenus relativement complexes.

La culture ou les conditions de vie des nouvelles populations infectées ne facilitent pas toujours l'accès ou l'utilisation des services. Ainsi chez certaines communautés culturelles, la sexualité, et encore plus le SIDA, sont sources de tabou. Avant qu'un service de dépistage soit accepté, il est nécessaire de gagner la confiance du milieu en tenant compte de ses particularités et de ses valeurs. Du côté des utilisateurs de drogues injectables, les conditions de vie propres à la consommation rendent difficile la prise en charge de leur santé et la fidélisation au traitement.

Au 30 juin 2002, 4 557 cas, dont 81 enfants, avaient été déclarés au Programme de surveillance du SIDA au Québec pour la région de Montréal, soit 77 % des cas déclarés au Québec. On estimait qu'environ 1 833 de ces personnes étaient toujours vivantes, bien que les décès n'aient pas nécessairement été tous déclarés au Programme de surveillance.

PARTENAIRES DU RÉSEAU VIH-SIDA

- Quatre (4) unités hospitalières de recherche, d'enseignement et de soins en SIDA (UHRESS);
- Deux (2) hôpitaux satellites ayant des mandats spécifiques (formation en médecine familiale et soins dentaires);
- Une équipe mobile spécialisée auprès des itinérants et toxicomanes atteints du VIH-SIDA;
- Trois (3) cliniques médicales privées regroupant 27 omnipraticiens;
- Dix (10) CLSC ayant des mandats spécifiques, soit pour les équipes de prévention liées aux clientèles vulnérables ou pour les services généraux aux personnes vivant avec le VIH (incluant le soutien à domicile);
- Seize (16) organismes communautaires de prévention, de soutien ou d'hébergement;
- Un centre de réadaptation en toxicomanie (Centre Dollard-Cormier) qui gère un contrat de services avec la Fédération des organismes sans but lucratif d'habitation de Montréal (10 places).

Répartition des ressources financières

Le financement pour les services VIH/SIDA atteint 9 708 104 $ et provient de deux sources :

1) Le budget alloué par le ministère, par le biais du Centre québécois de coordination sur le SIDA (CQCS) et distribué aux établissements et aux organismes communautaires pour la prévention, les soins et services SIDA est de 6 880 504 $.

2) Le budget « Soutien aux organismes communautaires » atteint 2 827 600 $. Ces subventions servent à défrayer une partie des coûts liés à la mission des organismes communautaires impliqués en VIH/SIDA. De façon globale, nous retrouvons en :

Prévention :	3 165 826 $	(33 %)
Services de première ligne :	3 387 838 $	(35 %)
Services ambulatoires spécialisés :	404 847 $	(4 %)
Services spécialisés et ultraspécialisés :	2 749 593 $	(28 %)

Les résultats attendus

- Des services adaptés et accessibles pour les personnes à risque et pour les personnes infectées par le VIH-SIDA.

Les actions proposées

- Augmenter le budget de 2,5 M$ pour le porter à 12,2 M$ afin de répondre à l'ensemble des besoins des personnes vivant avec le VIH-SIDA et de rejoindre adéquatement les personnes vulnérables à l'infection par le VIH.
- Assurer l'accès à une gamme de services préventifs efficaces, adaptés et intégrés aux milieux de vie pour chacune des populations vulnérables :
  - utilisateurs de drogues injectables,
  - hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes,
  - membres des communautés culturelles et autochtones,
  - jeunes de la rue,
  - prostitué(e)s.
- Assurer un dépistage systématique chez les femmes enceintes.
- Augmenter les ressources médicales et professionnelles des services de première ligne et de l'équipe mobile du CHUM.
- Adapter le volet recherche aux nouvelles problématiques ainsi qu'aux traitements et modes d'intervention efficaces pour les populations vulnérables.
- Mettre sur pied un système commun de monitorage.
- Rendre accessibles différents types d'hébergement : hébergement d'aise et de convalescence, logements sociaux avec support communautaire, hébergement de longue durée.
- Mettre sur pied des mécanismes de communication, de liaison et de coordination efficaces entre les différents partenaires du réseau.

5.5.5 Réseau de services intégrés pour les adultes ayant des problèmes de santé mentale

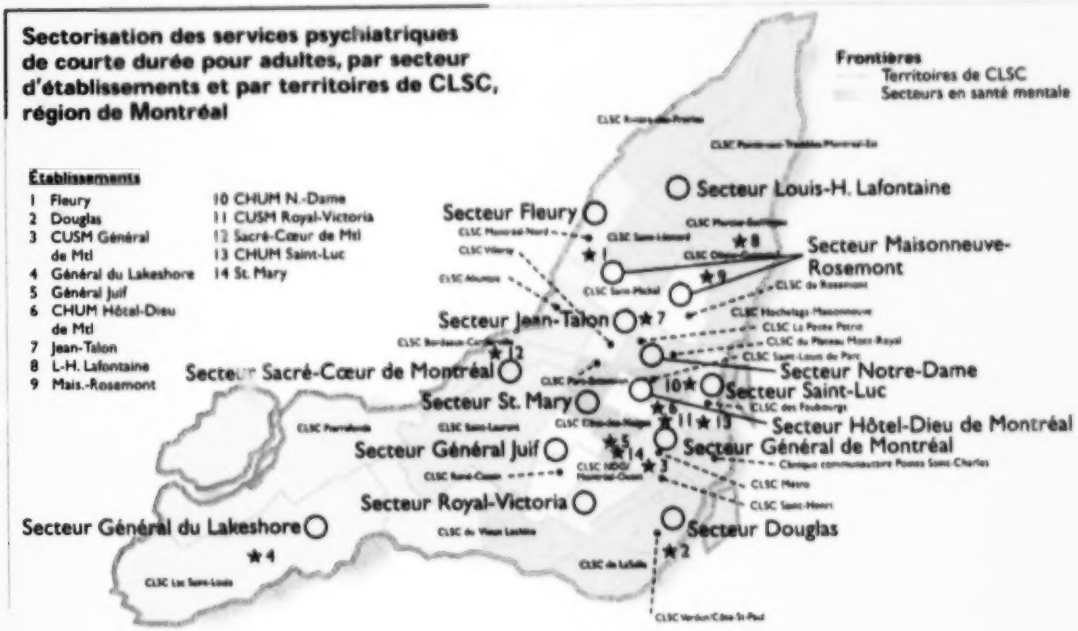
Mettre sur pied des réseaux de services intégrés sur une base sous-régionale

L'organisation des services de santé mentale pour adultes est basée sur la concertation, à partir des tables multisectorielles sous-régionales. Ces structures ont été mises en place par la Régie régionale depuis plusieurs années. Leur autonomie de fonctionnement leur permet aujourd'hui d'assumer un leadership dans le développement des réseaux intégrés.

La sectorisation actuelle ne correspond plus aux besoins du système et est un obstacle à l'appropriation du pouvoir des personnes utilisatrices. L'organisation des réseaux locaux de services intégrés permettra une meilleure distribution de services par sous-région.

Les solutions proposées visent à assurer une organisation de services intégrés dans toutes les sous-régions à partir des éléments concluants qui se dégagent des expériences en cours sur le terrain.

Sectorisation des services psychiatriques de courte durée pour adultes, par secteur d'établissements et par territoires de CLSC, région de Montréal



Les résultats attendus

- Une réduction des troubles anxieux et dépressifs.
- Une réduction du taux de suicide.
- Des services de première ligne en santé mentale dans chacun des 29 CLSC.
- La réduction des séjours à l'urgence amenant l'élimination des séjours de plus de 48 heures et une diminution de la durée des séjours de 35 à 12 heures.
- La diminution des hospitalisations.
- Le soutien communautaire assuré à 3 000 personnes et l'hébergement en ressources de type familial ou intermédiaire à 900 personnes de plus.

Les actions proposées

Promotion-prévention

Dans le projet de Plan d'action montréalais en santé publique, plusieurs actions sont proposées en matière de prévention et de promotion :

- Collaborer à la campagne de sensibilisation sur les troubles anxieux chez les jeunes de 14 à 25 ans.
- Favoriser le dépistage précoce et accroître les demandes d'aide grâce à des outils d'information et de sensibilisation pour la population ainsi que pour les intervenants du secteur de la santé, des services sociaux et du milieu communautaire.
- Développer des interventions de prévention et de promotion en collaboration avec la filiale de Montréal de l'Association canadienne de santé mentale, les CLSC et les autres partenaires.
- Soutenir les pratiques cliniques préventives efficaces par des activités et des outils de formation et d'information.
- Mettre à jour régulièrement l'état de situation des suicides afin de soutenir la mise en œuvre du Plan d'action régional en prévention.
- Collaborer au développement d'activités préventives avec les partenaires intersectoriels.
- Soutenir les pratiques cliniques préventives (ex: reconnaissance des signes avant-coureurs).
- Collaborer à réduire l'accès à des moyens de suicide et à améliorer la prise en charge et le suivi des personnes suicidaires par la concertation intersectorielle amorcée avec le groupe de travail sur la prévention du suicide au pont Jacques-Cartier.

Services de base en CLSC

- Mettre sur pied, dans chacun des CLSC, une équipe multidisciplinaire offrant des services de première ligne en santé mentale.
- Assurer une offre de services uniformes en regard de l'accueil, de l'évaluation, de l'orientation et de l'intervention.
- Assurer, au sein de chaque équipe, la présence d'au moins un intervenant, responsable de la liaison avec le réseau de services intégrés de la sous-région.

Les actions proposées (suite)

- Élaborer des protocoles de réponse aux questions concernant la santé mentale pour le service Info-Social qui s'ajoutera au service Info-Santé.
- Assurer le suivi à la clientèle référée par Info-Social et établir des mécanismes de relais avec les partenaires pertinents : les centres d'écoute en santé mentale, les centres de crise et Suicide-Action Montréal.

Services médicaux partagés

- Assurer, dans les six sous-régions, la présence d'un réseau partagé entre les omnipraticiens et les psychiatres, assurant des services intégrés et continus aux personnes ayant des problèmes de santé mentale.
- S'assurer que chacun des 11 départements de psychiatrie des hôpitaux offre des services de consultation-liaison accessibles aux omnipraticiens 80 heures, réparties sur 7 jours par semaine.

Intégration et optimisation des services spécialisés et ultraspécialisés

- Mettre en application, dans les 11 départements de psychiatrie, un nouveau protocole d'accueil des demandes, facilitant l'accès des personnes aux services sans égard au secteur géographique dont l'hôpital est responsable.
- Prévenir le recours à l'urgence ou l'utilisation non pertinente de l'urgence en assurant :
  - la disponibilité d'une plage horaire pour des consultations psychiatriques urgentes
  - le suivi intensif, en équipe, des personnes qui utilisent l'urgence à répétition
  - la présence d'une infirmière de liaison à l'urgence, 80 heures par semaines, réparties sur 7 jours, dans les urgences ayant des services psychiatriques.
- Finaliser l'implantation du Guide de gestion des urgences et obtenir, de chaque hôpital, la réalisation des actions requises pour réduire la durée des séjours des patients psychiatriques.
- Libérer des lits d'hospitalisation de courte durée:
  - par l'accès, à travers un système régional d'admission, à l'hospitalisation de moyen séjour
  - par l'accès à de l'hébergement de transition pour les personnes en attente de logement ou de ressources résidentielles.

Accès à l'hébergement

- Rendre accessible des services de soutien communautaire à 3 000 personnes.
- Assurer l'intégration, dans des logements autonomes, de 900 personnes actuellement hébergées dans des ressources de type familial ou intermédiaire.

Services intégrés en psychiatrie légale

La demande pour les services de psychiatrie légale en provenance du réseau de la justice est en augmentation exponentielle depuis la révision du code criminel canadien en 1992. Parallèlement, la capacité d'accueil de l'Institut Philippe Pinel de Montréal, centre hospitalier ultraspécialisé possédant à la fois l'expertise et l'environnement adapté pour évaluer, traiter et garder les contrevenants référés par les tribunaux, a diminué de 38 lits suite à la fermeture de deux unités depuis 1998. De plus, les milieux d'accueil de cette clientèle doivent répondre à des normes de sécurité particulières afin de donner suite aux ordonnances des tribunaux.

Les problèmes découlant de ce contexte particulier sont de différents niveaux :

- Le réseau montréalais n'est pas en mesure de répondre à toutes les ordonnances des tribunaux et certains contrevenants, dont l'état mental est perturbé, transitent par les centres de détention sous la responsabilité de la Sécurité publique, alors que la nature de leurs besoins requiert une réponse adaptée en centre hospitalier alors que d'autres sont dirigés vers des centres hospitaliers, qui ont été désignés en vertu d'un arrêté ministériel de 1998, mais qui ne possèdent pas l'équipement sécuritaire et l'expertise nécessaire pour desservir cette clientèle;
- Des référents du réseau, ayant besoin en urgence, de services d'hospitalisation, pour leur clientèle dangereuse, n'ont pas accès au milieu sécuritaire requis par leur condition particulière, ce qui augmente le risque d'incidents violents dans les établissements;
- Les soins médicaux et professionnels donnés dans les centres de détention doivent être améliorés afin de répondre aux normes des établissements du réseau de la santé et des services sociaux;
- Les contraintes légales et le profil des clientèles desservies par l'Institut Philippe Pinel de Montréal entraînent des difficultés importantes lors des transferts d'établissements.

Les résultats attendus

- **L'élimination du transit via les centres de détention de 500 contrevenants par année en besoin de services psychiatriques.**
- **Le transfert de vingt personnes, bénéficiant des ressources communautaires en psychiatrie légale, vers des ressources moins spécialisées.**

Les actions proposées

- **Implanter une organisation de services intégrés sur la base de la hiérarchisation :**

  Première ligne : Mesures alternatives à la judiciarisation (CLSC, centres de crise, cliniques externes, organismes communautaires)

  Deuxième ligne : Évaluations simples d'aptitude à comparaître, traitement et garde (médecin à la cour, centres hospitaliers désignés)

  Troisième ligne : Évaluations complexes d'aptitude à comparaître et de responsabilité criminelle, traitement et garde des clients violents et dangereux (Institut Philippe Pinel de Montréal).

- **Recommander, pour modification à l'arrêté ministériel de 1998, de réduire à quatre le nombre d'hôpitaux désignés incluant l'Institut Philippe Pinel de Montréal.**
- **Créer trois unités sécuritaires de psychiatrie légale dans les centres hospitaliers désignés.**

Les actions proposées (suite)

- Optimiser la capacité d'accès de l'Institut Philippe Pinel de Montréal par la réouverture des 38 lits fermés depuis 1998.
- Transférer la responsabilité des services médicaux et professionnels offerts dans les centres de détention de la Sécurité publique vers le réseau de la santé et des services sociaux.
- Développer des services spécialisés post-hébergement pour favoriser le transfert des clients hébergés dans les ressources communautaires vers des ressources adaptées.

5.5.6 Réseau de services intégrés pour les personnes présentant un trouble envahissant du développement

La Régie régionale, en collaboration avec l'ensemble des partenaires concernés, a mené plusieurs travaux afin d'élaborer et d'implanter un modèle de réseau de services intégré pour les personnes présentant un trouble envahissant du développement et leur famille. Le trouble envahissant du développement comprend les syndromes suivants : le trouble autistique, le syndrome de Rett, le trouble désintégratif de l'enfance, le syndrome d'Asperger et le trouble envahissant du développement non spécifié. Le modèle proposé comprend huit composantes :

- l'information et la sensibilisation;
- la prévention et le dépistage;
- l'évaluation diagnostique et globale des besoins;
- la réadaptation;
- le soutien à la famille et aux proches et l'intégration sociale;
- la recherche;
- la formation et l'évaluation;
- la coordination et la concertation.

Notre objectif est d'implanter les quatre composantes prioritaires du modèle de réseau et d'en assurer l'accès rapide.

Les résultats attendus

- L'accès à un programme d'intervention comportementale intensive pour les 350 enfants de 0 à 5 ans.
- Le rehaussement de 10 à 20 heures par semaine, des services offerts aux enfants de 0 à 5 ans.
- L'assurance d'un service intégré d'évaluation offert par quatre équipes surspécialisées.
- La diminution du délai moyen pour obtenir une évaluation diagnostique dans l'un des quatre centres désignés (Hôpital Douglas, Hôpital de Montréal pour enfants du CUSM, Hôpital Ste-Justine, Hôpital Rivière-des-Prairies) de 113 à 30 jours.
- Un service de soutien en situation de crise pouvant doubler la desserte de 40 à 80 familles par année.

Les actions proposées

- La réadaptation intensive comportementale:
  - Implanter le service de réadaptation spécialisée en intervention comportementale intensive;
  - Mettre sur pied une programmation régionale commune aux cinq centres de réadaptation en déficience intellectuelle (Services de réadaptation L'Intégrale, Centre de réadaptation de l'Ouest de Montréal, Le Centre Myriam, Centre de réadaptation en déficience intellectuelle Gabrielle-Major, Centre de réadaptation Lisette-Dupras);
  - Éliminer les dédoublements de services en statuant sur les champs d'intervention respectifs des centres de réadaptation en déficience intellectuelle et les hôpitaux qui ont des centres de jours.
- L'évaluation diagnostique et globale des besoins :
  - Mettre sur pied des équipes spécialisées intersectorielles pour l'évaluation diagnostique et globale des besoins afin d'assurer un service intégré d'évaluation;
  - Préciser l'offre de services surspécialisés en évaluation des quatre hôpitaux désignés (Hôpital de Montréal pour enfants, Hôpital Ste-Justine, Hôpital Rivière-des-Prairies, Centre hospitalier Douglas), celle des autres hôpitaux de Montréal et des régions du Québec;
  - Développer des ententes de services entre les quatre centres hospitaliers afin d'assurer l'application uniforme du protocole d'évaluation diagnostique;
  - Préciser les modalités de collaboration et de référence entre les quatre centres hospitaliers désignés et les autres hôpitaux.
- Le soutien aux familles en situation de crise :
  - Adapter et consolider des mesures de soutien pour aider les familles en situation de crise.
- L'organisation de services pour les personnes ayant un trouble envahissant du développement sans déficience intellectuelle :
  - Désigner les établissements responsables de l'offre de services en précisant leur rôle et responsabilité;
  - Implanter les services prioritaires de suivi intensif, de réadaptation et d'entraide.

Ressources financières additionnelles requises

5.5 Développer des programmes et des réseaux de services intégrés à l'intention des clientèles vulnérables

	BESOINS (M$)			
	Récurrent	Non récurrent	Immobilisations	Indexation
5.5.1 Réseau de services intégrés pour les personnes âgées en perte d'autonomie				
- augmenter le budget des services à domicile	76,0			
- développer les logements sociaux avec services communautaires	0,5			
- système de garde médicale et infirmière	0,7			
- implanter la Demande de service interétablissements électronique		0,9		
5.5.2 Réseau de services intégrés pour les personnes atteintes de maladies chroniques évolutives	38,0			
5.5.3 Réseau de services intégrés en oncologie et en soins palliatifs	14,0	1,8		
5.5.4 Réseau de services intégrés pour les personnes vivant avec le VIH-SIDA et les personnes à risque d'être infectées	2,5			
5.5.5 Réseaux de services intégrés pour les adultes ayant des problèmes de santé mentale				
- réseaux sous-régionaux pour les adultes	8,0	5,5	20,4	12,6
- réseaux de services intégrés en psychiatrie légale	1,3	3,3		6,8
5.5.6 Réseau de services intégrés pour les personnes présentant un trouble envahissant du développement	12,5			
Total	**153,5**	**11,5**	**20,4**	**19,4**

5.6 Se doter de plans régionaux d'organisation des services dans quatre secteurs prioritaires

1. **Services aux personnes âgées en perte d'autonomie**
2. **Services aux personnes ayant une déficience physique**
3. **Services aux personnes ayant une déficience intellectuelle**
4. **Périnatalité**

Compte tenu du contexte et de la complexité des enjeux dans ces domaines, nous proposons pour chaque secteur de produire un Plan régional d'organisation des services (PROS) conformément aux dispositions de la loi.

La principale finalité d'un plan stratégique est d'identifier les orientations, les objectifs et les cibles prioritaires pour la période 2003-2006. Les principaux résultats attendus des PROS sont :

- la définition de la nature et du volume des services requis dans un domaine pour répondre aux besoins de la population, en tenant compte des ressources financières identifiées à cette fin;
- la précision de la contribution attendue de chaque établissement et de chaque organisme communautaire de la région.

Une fois élaborés et adoptés par la Régie, les plans régionaux d'organisation des services seront des cadres de référence pour l'allocation des budgets des établissements de même que pour l'approbation des plans d'organisation et d'effectifs médicaux, le cas échéant.

Ce sont des outils structurants pour organiser le fonctionnement d'un secteur sociosanitaire.

5.6.1 Plan régional d'organisation des services d'hébergement et de soins prolongés

Les raisons militant en faveur de l'élaboration et de l'adoption d'un Plan régional d'organisation des services d'hébergement pour les personnes âgées en perte d'autonomie ont été explicitées en présentant les actions proposées pour améliorer les réseaux de services intégrés pour les clientèles vulnérables. Le principal élément à clarifier est l'organisation des ressources d'hébergement pour le futur, en précisant la gamme et la qualité des ressources nécessaires et la contribution attendue des différents secteurs de la société pour répondre aux besoins sans cesse croissants d'une population montréalaise vieillissante.

5.6.2 Plan régional d'organisation des services en déficience physique

L'élaboration et l'adoption, d'ici 2004, d'un plan régional d'organisation des services (conformément à l'article 347 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux) sont essentiels pour garantir le développement de réseaux intégrés de services à l'intention des personnes atteintes de déficience physique et pour assurer une vision commune du soutien à l'intergration sociale de ces personnes.

La clientèle

Le réseau de la déficience physique doit répondre aux besoins de quatre types de clientèles de tous âges soit :
- **les personnes ayant une déficience motrice;**
- **les personnes ayant une déficience auditive;**
- **les personnes ayant une déficience visuelle;**
- **les personnes ayant une déficience du langage ou de la parole.**

Ces personnes ont une déficience qui entraîne ou, selon toute probabilité et de façon imminente, va entraîner des incapacités significatives et persistantes, et qui vivent ou risquent de vivre des situations de handicap.

Les établissements

Il y a actuellement 17 établissements offrant des services de réadaptation dans la région de Montréal, soit 6 centres hospitaliers de réadaptation (CHR), 5 unités de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) en centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et 6 centres de réadaptation (CR). Un CR de la région de la Montérégie dessert la clientèle montréalaise francophone ayant une déficience visuelle.

Les centres hospitaliers de réadaptation comptent parmi leur clientèle des personnes qui présentent des incapacités temporaires et qui, de ce fait, ne relèvent pas du continuum de services en déficience physique (ex : fractures, arthroplasties de la hanche et du genou).

Dans le cadre de leur programme de maintien à domicile, les CLSC disposent également d'effectifs en réadaptation pour la clientèle ayant une déficience physique. Le personnel des CLSC assure la gestion des services à domicile, l'évaluation et le conseil en matière d'aides techniques et d'adaptation domiciliaire, l'enseignement et le maintien des acquis.

Certains établissements de réadaptation sont désignés pour desservir la clientèle anglophone. L'usager allophone adulte est orienté dans un établissement selon la prédominance de la seconde langue parlée, soit le français ou l'anglais et, en l'absence d'une seconde langue, l'établissement requiert les services d'interprète via le service régional d'interprétariat. Pour les enfants et adolescents de familles allophones, la langue de scolarisation détermine habituellement l'établissement qui offrira les services de réadaptation. Le recours au service d'interprétariat est utilisé pour répondre aux besoins de la famille.

Pour les usagers adultes ayant une déficience motrice, 13 établissements sont impliqués:

- 6 centres hospitaliers de réadaptation (Hôpital Catherine-Booth, Hôpital de réadaptation Lindsay, Hôpital Marie-Clarac, Centre hospitalier Richardson, Hôpital Villa Médica et Institut de réadaptation de Montréal);
- 5 unités de réadaptation fonctionnelle intensive (Institut universitaire de gériatrie de Montréal, Hôpital Notre-Dame de la Merci, Centre hospitalier Jacques-Viger, CHSLD Lucille-Teasdale et CHSLD Champlain-Manoir de Verdun);
- 2 centres de réadaptation (Centre de réadaptation Constance-Lethbridge et Centre de réadaptation Lucie-Bruneau.

L'accessibilité aux services est souvent difficile. La demande de services provenant de CH peut être acheminée à deux ou trois établissements différents dans l'objectif d'accélérer le transfert de la clientèle vers un établissement de réadaptation. Cette façon de faire entraîne un traitement inutile de plusieurs demandes d'admission dans

chaque établissement. Considérant les nombreuses caractéristiques de la clientèle (besoins, âge, lieu de résidence, langue parlée), la mise en place de corridors de services s'avère un exercice complexe.

Ces établissements ont des offres de services différentes pour des usagers ayant des problématiques et des besoins similaires. De plus, la continuité et la complémentarité des services ne sont pas optimales. Les usagers peuvent transiter par deux établissements pour recevoir tous les services de réadaptation requis. Ils sont d'abord transférés en centre hospitalier de réadaptation pour la réadaptation fonctionnelle intensive et ensuite orientés en centre de réadaptation pour la réadaptation axée sur l'intégration sociale. Cette pratique entraîne un chevauchement de certaines interventions et un bris ou une absence de continuité dans plusieurs cas.

Les services externes pour la clientèle adulte sont insuffisants et inégalement développés, provocant une accessibilité limitée et pouvant entraîner une prolongation de la durée de séjour.

Enfin, les rôles et responsabilités relevant des réseaux des personnes âgées en perte d'autonomie, de la santé physique et de la déficience physique ne sont pas clairement définis, ce qui empêche de départager les ressources investies et de bien évaluer celles requises dans chacun des programmes clientèles.

Pour les enfants et adolescents ayant une déficience motrice, deux centres, le Centre de réadaptation Marie-Enfant et le Centre Mackay, offrent des services aux enfants et adolescents. Ils ont des volumes de clientèles très différents, de l'ordre de 1 pour 10.

L'accessibilité aux services est réduite, les délais d'accès sont importants dans les deux centres et peuvent s'étendre jusqu'à 12 mois.

Les corridors de services ont été révisés et les critères d'inscription harmonisés. Certaines catégories de clientèle sont toutefois majoritairement desservies dans un des deux CR (traumatologie, troubles musculo-squelettiques et maladies neuromusculaires).

L'articulation des services avec le réseau de la déficience intellectuelle, avec les CR en déficience sensorielle et avec les CLSC pour les enfants ayant des handicaps multiples est peu développée. Cette situation entraîne des bris de continuité dans les services offerts pour répondre aux nombreux problèmes des enfants et de leur famille.

Pour les personnes ayant une déficience auditive, deux établissements, le Centre Mackay (clientèle anglophone) et l'Institut Raymond-Dewar (clientèle francophone) affichent des volumes de clientèles très différents, de l'ordre de 1 pour 10.

L'accessibilité aux services en déficience auditive pour la population anglophone est pauvre, notamment en raison d'une offre de services peu développée et méconnue. En effet, l'établissement accueille très peu d'usagers, situation s'expliquant par la présence d'une école privée en déficience auditive qui reçoit les enfants de tous âges et par un faible taux d'adultes et de personnes âgées desservis par l'établissement.

Les références des personnes âgées en CR ne sont pas toujours assurées et un meilleur arrimage avec les CLSC serait souhaitable. Mentionnons finalement que la région de Montréal vise toujours à développer un programme d'implant cochléaire pour la clientèle de l'Ouest du Québec.

Les personnes ayant une déficience visuelle reçoivent des services de l'Association montréalaise pour les aveugles et de l'Institut Nazareth et Louis-Braille, un établissement de la Montérégie qui a un point de services dans l'ouest de la ville. La langue d'usage détermine l'orientation des usagers vers l'un ou l'autre des établissements.

L'accès aux services pour les usagers de l'est de l'Île est difficile, considérant que l'Association montréalaise pour les aveugles et le point de services de l'Institut Nazareth et Louis-Braille sont tous deux situés dans l'ouest de la ville.

Les usagers adultes ne reçoivent pas suffisamment de services pour maximiser leur participation sociale. La croissance de la demande oblige les établissements à saupoudrer les services pour desservir l'ensemble des usagers.

Pour les enfants ayant une déficience du langage et de la parole, des problèmes d'accessibilité et d'équité dans l'offre de services des établissements impliqués, soit le Centre de réadaptation Marie-Enfant, le Centre Mackay et l'Institut Raymond-Dewar, persistent, malgré les récents travaux visant à améliorer l'organisation des services.

En effet, chaque établissement adopte des moyens différents pour gérer la longue liste d'attente qui s'échelonne entre 6 et 12 mois. De plus, l'offre de services diffère entre les établissements, en terme d'intensité d'activités. Certains établissements privilégient une approche de groupe pour réduire le délai d'accès, ayant comme impact un niveau de service peu élevé, alors que d'autres offrent un suivi soutenu aux usagers, maintenant ainsi une liste d'attente élevée.

Il y a reconnaissance, dans le milieu, de la complexité du réseau, d'un fonctionnement non optimal et des impacts sur les services à la clientèle.

Le vieillissement de la population et l'émergence de nouvelles clientèles avec des problématiques complexes exercent une pression importante sur la quantité et la nature des services à offrir.

Les résultats attendus

- **Des délais d'accès plus courts aux services de réadaptation.**
- **Augmentation de 230 personnes recevant des services de maintien à domicile.**
- **Augmentation de 1 050 personnes recevant des services de soutien à la famille.**
- **110 places de plus en ressources résidentielles et d'hébergement.**

Les actions proposées

- **D'ici avril 2004, élaborer un plan d'organisation de services en déficience physique comprenant :**
  - **la concentration des services de réadaptation aux différentes clientèles ayant une déficience physique (de moins de 75 ans) dans des établissements désignés en fonction du type de déficience, de l'âge et de la pathologie présentés par la clientèle,**
  - **la formalisation de réseaux de services intégrés pour les clientèles suivantes: personnes ayant subi un AVC, personnes ayant une amputation, enfant présentant des troubles de la parole et du langage, etc.**

Les actions proposées (suite)

- Confier la responsabilité des services de réadaptation pour les personnes âgées de 75 ans et plus ayant des incapacités motrices persistantes aux unités de réadaptation fonctionnelle intensive et à certains établissements désignés.
- Confier la responsabilité des services de réadaptation pour les personnes de tous âges ayant des incapacités motrices temporaires à des centres hospitaliers de réadaptation désignés et réviser les pratiques cliniques à l'égard de cette clientèle, plus précisément pour la clientèle ayant subi une arthroplastie de la hanche et du genou, en misant sur sa desserte, sur une base externe et/ou à domicile.
- Développer les services de maintien à domicile et de soutien aux famille dispensés par les CLSC.
- Développer les ressources résidentielles incluant le répit.
- Développer les mesures de soutien à l'intégration.

5.6.3 Plan régional d'organisation des services en déficience intellectuelle

Nous avons déjà proposé comme priorité, la mise sur pied d'un programme et d'un réseau de services intégrés pour les personnes présentant un trouble envahissant de développement qui nécessite un budget additionnel de 12,5 M$ par année. Pour améliorer l'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle, d'autres actions sont requises.

Les résultats attendus

- 1 120 personnes de plus recevant des services de soutien à la personne et à la famille.
- 354 usagers de l'Hôpital Rivière-des-Prairies intégrés dans des ressources adaptées à leurs besoins.
- Une diminution de 50 % de la liste d'attente pour les services sociaux résidentiels.
- L'élimination de la liste d'attente pour les services socio-professionnels.

Les actions proposées

- Assurer l'accès à des services de soutien diversifiés pour la personne, la famille et pour la communauté en fonction des besoins de chacun selon leur groupe d'âge, près du milieu de vie et axé sur la participation sociale :
  - l'ensemble des personnes a au moins un service de soutien s'inscrivant dans le cadre d'un continuum de services intégrés d'ici mars 2006;
  - l'ensemble des familles reçoit une subvention répondant à ses besoins de répit dans le cadre du programme de soutien à la famille en CLSC.

Les actions proposées (suite)

- **Développer, en collaboration avec les partenaires du milieu, une gamme de ressources résidentielles diversifiées, adaptées aux besoins des usagers et accessibles sur l'ensemble du territoire.**
- **Augmenter progressivement l'intégration en emploi pour des personnes présentant une déficience intellectuelle et ayant des contraintes sévères à l'emploi et développer 260 places pour les personnes en attente de services dans les programmes socioprofessionnels.**

Au-delà d'un financement additionnel, il apparaît pertinent, à ce stade-ci, de se donner un plan régional d'organisation des services pour bien définir les contributions attendues de chacun dans ce continuum de services qui a de multiples interfaces à l'intérieur du réseau sociosanitaire et avec d'autres secteurs d'activités. La situation actuelle présente des zones grises qui rendent problématiques la collaboration et l'utilisation optimale des ressources.

5.6.4 Plan régional d'organisation des services en périnatalité

Le nombre de naissances a diminué significativement au Québec depuis quelques années. À Montréal, on note une diminution de 24 % du nombre d'accouchements normaux depuis les 10 dernières années. En 2000-2001, 23 828 bébés sont nés dans les 9 centres hospitaliers accoucheurs montréalais comparativement à 31 547 en 1992-1993.

Cette diminution du volume d'activités des unités d'obstétrique questionne l'organisation actuelle des services.

▸ Virage ambulatoire en périnatalité

Durant la période 1998-2002, la Régie régionale a investi 4,9 M$ afin d'améliorer les soins à domicile suite à une hospitalisation. Ces investissements n'ont pas fait l'objet de consolidation des services de première ligne en périnatalité, ce qui a occasionné, en partie, le retard dans l'atteinte des objectifs fixés.

En périnatalité, l'impact du virage ambulatoire se manifeste tout particulièrement par la réduction du temps d'hospitalisation lors de la naissance d'un enfant et la mise sur pied d'un programme de congé précoce. Cette réduction de la durée de séjour en centre hospitalier nécessite une réorganisation des services de première ligne afin d'assurer aux mères et à leurs nourrissons les soins et services nécessaires durant cette période postnatale.

- *Les premiers résultats du virage ambulatoire en périnatalité*

  73 % des femmes qui ont accouché dans un hôpital de la région de Montréal ont une durée de séjour moyenne de 48 heures pour un accouchement normal et de 72 heures pour un accouchement par césarienne.

  L'épisode de soins en hôpital a diminué de façon significative au profit de services accrus dans la communauté.

  Selon les données du rapport annuel de santé publique (2000), le taux de réadmissions, associé à la réduction de la durée de séjour durant la période postnatale, ne cesse d'augmenter et selon les chercheurs, le délai à amorcer le suivi postnatal à domicile serait la principale cause de ces réadmissions.

  Il y a un écart important entre les territoires de CLSC dans l'organisation et la disponibilité des services offerts aux mères ayant bénéficié d'un congé précoce. Le délai est variable entre les territoires pour les visites à domicile effectuées par les CLSC.

On note aussi un dédoublement de certains services entre les hôpitaux et les CLSC (appels téléphoniques, visites de suivi).

Il y a un délai important dans la transmission des données informationnelles de l'hôpital vers les CLSC concernant l'avis de naissance ou une demande de services interétablissements rendant difficile la continuité des soins.

Un cadre de référence précisant les rôles et modalités d'utilisation en périnatalité a été adopté en novembre 2000.

Dans le cadre de référence en périnatalité, la Régie régionale reconnaît l'importance de mobiliser l'ensemble des établissements et des intervenants, incluant les médecins, et de faire en sorte que chacun se reconnaisse comme étant un maillon important du continuum de services offerts durant toute la période périnatale et que chacun est collectivement responsable de répondre aux besoins des femmes et de leur nouveau-né.

En ce sens, il y a donc lieu de s'entendre sur le panier de services universels à offrir durant les périodes prénatale et postnatale, sur les moyens de les rendre accessibles en complémentarité et sur les modes de fonctionnement organisationnel et clinique à privilégier

En conséquence, il apparaît opportun de se doter d'un plan d'organisation en ce domaine et de réviser les contributions attendues des différents secteurs ainsi que le plan d'organisation et d'effectifs médicaux afférents. La mise en œuvre des recommandations incluses dans le cadre de référence adopté en 2000 pourrait nécessiter des investissements additionnels de 4,1 M$, dont 1,8 M$ dans les services de première ligne, 2 M$ dans le développement et la consolidation des maisons de naissance et des services de sage-femme. Dans ce secteur se pose aussi la question de la concentration des accouchements, compte tenu du fait que certains hôpitaux accoucheurs ont des volumes relativement bas et que 22,5 % des accouchements proviennent des autres régions.

Processus d'élaboration et d'adoption des plans

Comme dans le cas du plan stratégique d'organisation des services, c'est le comité de planification et d'évaluation du conseil d'administration de la Régie régionale qui a le mandat de recommander au conseil, pour adoption, les plans régionaux d'organisation des services ainsi que les plans d'effectifs. C'est aussi à comité que revient le mandat d'analyser les recommandations des commissions régionales (médicale, infirmière et multidisciplinaire), du Forum montréalais des partenaires en santé publique et du Forum de la population quant aux plans régionaux.

Chaque plan fera l'objet d'une consultation interactive permettant la participation, dès le début du processus, des différents intéressés selon le type de plan : usagers, établissements, experts scientifiques et universitaires, organismes communautaires, médecins, personnel, partenaires intersectoriels.

À partir d'un document préliminaire faisant état de la situation et des enjeux dans le secteur visé, de l'évaluation récente et prévisible des besoins et des services, des ressources disponibles, différentes options d'organisation seront soumises à la consultation. Par la suite, une consultation finale se tiendra à partir d'un projet de plan d'organisation des services qui sera soumis, pour étude et recommandations, au comité de planification et d'évaluation du conseil d'administration de la Régie.

Une stratégie d'information et de consultation adaptée au contexte de chaque plan sera proposée au comité de planification et d'évaluation avant le démarrage des travaux.

L'expérience acquise lors de l'élaboration du Plan régional d'organisation des services de santé mentale en 1990 par le Conseil régional de l'époque nous enseigne qu'il n'est pas approprié, compte tenu des intérêts en cause, de confier l'élaboration d'un plan à un comité formé de représentants de groupes intéressés où la règle de décision est le consensus ou l'unanimité. La difficulté vient du fait qu'un élément important d'un plan régional d'organisation des services porte sur le partage des rôles, des responsabilités et des ressources entre les acteurs. La formule utilisée en 1990 a donné lieu à l'élaboration d'une demande de budget additionnel au ministère plutôt qu'à une révision de l'organisation des services.

C'est pourquoi nous proposons un processus favorisant la participation et l'interaction, tout en permettant au conseil d'administration d'avoir le recul nécessaire à une prise de décision en fonction de notre seul critère : choisir les meilleures solutions pour maintenir et améliorer la santé et le bien-être de la population montréalaise.

Ressources financières additionnelles requises

5.6 Se doter de plans régionaux d'organisation des services dans quatre secteurs prioritaires

	BESOINS (M$)			
	Récurrent	Non récurrent	Immobilisations	Indexation
5.6.2 Plan régional d'organisation des services en déficience physique	29,2			
5.6.3 Plan régional d'organisation des services en déficience intellectuelle	12,7			
5.6.4 Plan régional d'organisation des services en périnatalité	4,1			
Total	**46,0**			

5.7 Intégration des besoins des femmes à la planification régionale des différents continuums de soins et de services

En lien avec les objectifs ministériels et la stratégie d'action en santé et bien-être des femmes rendus publics en janvier 2003 dans le document « *Au féminin... à l'écoute de nos besoins* », la Régie souhaite mieux prendre en compte les besoins des femmes dans les priorités mises de l'avant dans les différents continuums de soins et de services.

Dans cette perspective, nous poursuivrons les actions déjà entreprises en vue de sensibiliser les professionnels et les gestionnaires de la Régie régionale, à l'analyse différenciée selon les sexes. Nous comptons expérimenter cette approche dans les dossiers les plus pertinents comme le développement du réseau des services intégrés pour les personnes âgées.

Les résultats attendus

- Intégration de la prise en compte des besoins des femmes dans les priorités régionales 2003-2006.

Les actions proposées

Prévention / promotion

- Intensifier les activités de **promotion**
  - des rapports sociaux égalitaires particulièrement chez les jeunes filles et garçons;
  - de saines habitudes de vie (alimentation saine, activité physique, image corporelle, soutien à l'arrêt tabagique) tout particulièrement en milieu scolaire.
- Intensifier les activités de prévention et les interventions adaptées aux besoins spécifiques des filles et des femmes pour contrer :
  - la violence dans les relations amoureuses
  - les agressions sexuelles
  - les grossesses à l'adolescence
  - le suicide
  - l'alcoolisme et les toxicomanies
  - les ITTS (MTS, VIH-SIDA)
  - les incapacités (liées à la maladie, aux problèmes sociaux et aux traumatismes) chez les personnes âgées.

Services de première ligne

Périnatalité

- Déployer le Programme intégré de promotion et de prévention en périnatalité et en petite enfance dans les 29 territoires de CLSC.

Les actions proposées (suite)

- Améliorer l'accessibilité à différents lieux de naissance pour les femmes suivies par les sages-femmes.
- Évaluer et réajuster les services offerts en CLSC suite à un congé précoce après un accouchement.

Planification des naissances

- Améliorer l'accessibilité et la disponibilité des services de routine suite à une grossesse non désirée.
- Assurer le suivi et l'évaluation des mesures de consolidation des services d'interruption volontaire de grossesse.

Violence conjugale et agression sexuelle

- Renforcer le continuum de services en matière de violence conjugale :
  - intensifier les activités de dépistage et de référence appropriées pour les personnes aux prises avec la violence conjugale en portant une attention particulière aux personnes les plus vulnérables : les enfants exposés, les jeunes parents, les personnes âgées en perte d'autonomie;
  - intensifier l'intervention rapide en situation de crise (24-48 heures après l'agression) auprès des victimes et des agresseurs;
  - consolider et développer les services de base pour les femmes victimes de violence conjugale, les enfants exposés et les agresseurs.
- Renforcer le continuum de services en matière d'agressions à caractère sexuel :
  - consolider et développer les activités reliées au dépistage et à la référence appropriée des victimes d'agression sexuelle;
  - améliorer l'intervention en situation de crise;
  - consolider les services de base disponibles pour les victimes et les agresseurs.

Santé physique

- Poursuivre l'implantation et le suivi du Programme québécois de dépistage du cancer du sein.

Santé mentale

- Soutenir le développement des compétences sur l'analyse différenciée selon les sexes pour le personnel œuvrant en santé mentale.

Vieillissement et perte d'autonomie

- Réévaluation des besoins des proches aidantes auprès des personnes en perte d'autonomie à domicile.
- Rehaussement graduel des services auprès des proches aidantes en tenant compte d'une approche basée sur l'analyse différenciée selon les sexes.

Services spécialisés ou de réadaptation

- Assurer une adaptation des services qui tienne compte de la réalité des femmes aux prises avec des problèmes multiples tout en facilitant leur maintien dans leur milieu de vie.
- Mise en place d'équipes de suivi pour les personnes atteintes de maladies chroniques notamment pour les femmes ayant une maladie cardiovasculaire.
- Adaptation des services offerts à domicile par les CLSC aux femmes présentant des handicaps physiques ou intellectuels. Ces services doivent tenir compte des aspects suivants : contraception, diverses formes de violence, périnatalité, etc.
- Adaptation des interventions de réadaptation en matière d'alcoolisme et de toxicomanie qui tiennent compte des besoins des femmes notamment, ceux des jeunes femmes et des femmes incarcérées qui consomment des drogues et ceux des femmes plus âgées qui ont des problèmes de consommation abusive de médicaments.

Les actions proposées (suite)

Délais d'accès

- **Respecter les délais maximum d'accès pour l'obtention de services médicaux et hospitaliers spécialisés en matière de :**
  - **cancer du sein**
  - **cancer du col de l'utérus.**

La consultation nous permettra de valider si les propositions mises de l'avant contribueront à mieux adapter nos services aux besoins spécifiques des femmes et de bien aligner nos priorités en ce sens.

5.8 Le respect des caractéristiques linguistiques et culturelles de la population

Le respect de la diversité ethnoculturelle et linguistique est une orientation fondamentale de la Régie régionale qui doit rechercher le juste équilibre entre les diverses attentes de la population et les divers droits en jeu dans le contexte des ressources disponibles et des lois et politiques en vigueur.

D'abord, en vertu de la Charte de la langue française, il est clair que toute personne a le droit de recevoir ses services en français et dans tous les établissements. De plus, la charte consacre le droit de pouvoir travailler en français. Cependant, elle prévoit qu'un employeur peut exiger la connaissance d'une autre langue que le français si les exigences d'un poste le nécessitent.

D'autre part, toute personne d'expression anglaise a le droit de recevoir, en langue anglaise, des services de santé et des services sociaux compte tenu des ressources disponibles et dans la mesure où le prévoit un programme d'accès. Ce programme d'accès est l'outil dont dispose la Régie régionale pour assurer le respect de ce droit.

C'est ce délicat équilibre que nous avons cherché à maintenir dans le Programme d'accès aux services de langue anglaise en vigueur dans la région depuis 1989. Il a été révisé par la Régie régionale en 1996 et le nouveau programme a été approuvé par le gouvernement en 1999.

Depuis l'instauration de ce programme, le nombre de plaintes des usagers et des travailleurs a été très faible.

Plan d'accès aux services en langue anglaise (établissements désignés et indiqués) et aux communautés culturelles

	CH	CLSC	CPEJ	CHSLD	CR	Total
Désignés	13	0	1	13	10	37
Indiqués	7	26	0	7	5	45
Établissements avec programme d'accès aux communautés culturelles	6	9	2	2	2	21

Pour faciliter l'accès aux services et supporter le travail des intervenants du réseau, la Régie régionale a mis sur pied une banque d'interprètes et de traducteurs qui offent des services dans 67 langues. En 2001-2002, cette équipe a reçu plus de 10 000 demandes et a effectué 19 000 heures d'interprétation.

Nous devons élaborer nos plans régionaux d'organisation des services en s'assurant qu'ils prennent bien en compte les caractéristiques socioculturelles et linguistiques de la population et des établissements désignés ou indiqués comme devant offrir leurs services en français et dans une autre langue, principalement l'anglais.

5.9 Synthèse des ressources additionnelles requises

L'atteinte des résultats attendus par la mise en œuvre des six priorités nécessitera d'y consacrer des fonds additionnels récurrents atteignant 355,2 M$ par année, à compter de 2005-2006.

Ressources financières additionnelles requises

Pour réaliser les six grandes priorités montréalaises 2003-2006

		BESOINS (M$)			
		Récurrent	Non récurrent	Immobilisations	Indexation
5.1	Réduire l'impact des inégalités sociales sur la santé par des actions efficaces de prévention	42,0			
5.2	Apporter, en partenariat, des solutions adaptées aux problématiques sociales montréalaises	31,7			
5.3	Développer un réseau de services de première ligne tissé serré autour des groupes de médecine de famille (GMF)	64,8		29,0	
5.4	Assurer l'accès aux services médicaux et hospitaliers à l'intérieur des délais recommandés	17,2	110,5	127,6	91,7
5.5	Développer des programmes et des réseaux de services intégrés à l'intention des clientèles vulnérables	153,5	11,5	20,4	19,4
5.6	Se doter de plans régionaux d'organisation des services dans quatre secteurs prioritaires	46,0			
Total		**355,2**	**122,0**	**177,0**	**111,1**

Les mesures proposées représentent des dépenses non récurrentes de 122,0 M$, des immobilisations de 177,0 M$ et une affectation annuelle, en 2005-2006, de 111,1 M$ de l'indexation des coûts des services de santé et des services sociaux. Le taux d'indexation nécessaire pour couvrir la croissance des coûts spécifiques au domaine de la santé a été évalué à 2,6 % dans le Plan d'action ministériel « *Pour faire les bons choix* ». À Montréal, un tel taux correspondrait à une somme additionnelle atteignant 321 M$ par année à compter de 2005-2006.

Ces budgets additionnels sont requis pour :

- **réduire les inégalités sociales ayant un impact sur la santé;**
- **favoriser le développement des enfants et des jeunes en difficulté;**
- **prévenir les maladies chroniques;**
- **traiter rapidement, en première ligne, les problèmes de santé physique et mentale et les problèmes sociaux courants;**
- **donner accès, selon les délais cliniquement recommandés, aux services médicaux et hospitaliers spécialisés;**
- **accorder le soutien et le traitement requis aux clientèles vulnérables :**
  - **les personnes âgées en perte d'autonomie;**
  - **les personnes souffrant de maladies chroniques évolutives (maladies pulmonaires obstructives chroniques, insuffisance cardiaque, diabète);**
  - **les personnes atteintes de cancer;**
  - **les personnes atteintes du VIH-SIDA;**
  - **les personnes ayant des problèmes de santé mentale;**
  - **les personnes ayant des troubles envahissants du développement.**

Pour y arriver, nous misons sur un renforcement majeur de la prévention et des services de base offerts en première ligne :

- **doubler nos efforts en prévention;**
- **implanter 58 groupes de médecine de famille (GMF) en liaison avec 29 CLSC offrant des services de santé et des services sociaux accessibles 7 jours par semaine pour un total de 80 heures;**
- **créer un réseau d'accès rapide aux services diagnostiques en désignant 30 points de services ouverts de 8 h à 20 h, 7 jours semaine;**
- **augmenter de 1,8 fois le volume de services à domicile offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie;**
- **créer des réseaux de services intégrés pour les clientèles vulnérables, assurant les services requis dans la communauté et diminuant le recours à l'urgence et à l'hospitalisation.**

L'atteinte des objectifs prioritaires proposés pour la période 2003-2006 nécessitera :

- de construire, à Montréal, un consensus fort en leur faveur;
- d'assurer le leadership et la coordination nécessaires sur le terrain au fonctionnement des réseaux de services intégrés et des interventions intersectorielles;
- de relever les défis de gestion reliés à :
  - la disponibilité et à la mobilisation des médecins et de la main-d'œuvre;
  - la disponibilité des ressources informationnelles dont les médecins et le personnel ont besoin pour travailler en réseau, ainsi que les gestionnaires pour prendre des décisions basées sur des données probantes;
  - la stratégie de financement des priorités.

6.
Action intersectorielle, intégration des services et approche territoriale

L'objectif ultime de notre Plan stratégique 2003-2006 est d'améliorer la santé et le bien-être de la population montréalaise. En premier lieu, notre responsabilité populationnelle s'adresse aux 1,8 million de personnes résidant sur le territoire de l'Île de Montréal. Dans les faits, nous contribuons de façon importante à la desserte des régions voisines soit : Laurentides, Laval, Lanaudière et Montérégie. Près de 20 % de nos services hospitaliers sont rendus à des non-résidents; cette proportion dépassant 50 % dans le cas des services ultra-spécialisés. De même, en matière de services médicaux généraux, 16 % des services rendus par nos omnipraticiens, le sont à des personnes ne résidant pas à Montréal. Nos médecins généralistes desservent 310 000 personnes provenant des régions voisines. C'est l'équivalent d'une région entière comme Laval ou l'Outaouais; c'est une population plus nombreuse que celle présente dans six des régions du Québec.

Donc, bien que notre responsabilité populationnelle en matière de santé et de bien-être soit très claire vis-à-vis les Montréalais et les Montréalaises, nous avons à collaborer de façon particulière avec les régions voisines, afin que nos plans stratégiques soient cohérents et que le citoyen recevant des soins hospitaliers à Montréal bénéficie d'une continuité de services sans faille, avec les services de première ligne de sa région d'origine. À cette fin, nous devons nous donner des objectifs convergents, des outils et des standards communs au plan des communications, des systèmes d'information et des protocoles cliniques.

En dehors de la région métropolitaine, cette responsabilité populationnelle s'exerce en général sur un territoire géographique bien identifié : le territoire du CLSC correspondant à celui de la MRC.

Ainsi, dans plusieurs régions moins fortement urbanisées et où les limites administratives et géographiques correspondent à des bassins naturels, on observe une évolution vers une intégration et une coordination des services publics sur la base de territoire de la MRC. Ce modèle repose sur une vision stratégique forte : l'intégration et la coordination à cette échelle des services municipaux, des services scolaires, des services de santé et des services sociaux de première ligne permettent d'agir plus efficacement en vue d'améliorer l'état de santé et de bien-être de la population. C'est le cas, notamment, pour les interventions axées sur des déterminants de la santé, qui peuvent être mieux ciblées et mieux coordonnées.

Dans le cas de Montréal, la Commission Clair mettait la Régie au défi de trouver la meilleure façon d'organiser des services pour en assurer l'intégration et la coordination nécessaires à leur efficacité.

> ***« … Dans les grands centres, la notion de territoire peut prendre différentes formes. L'important, c'est que les individus s'y retrouvent aisément. La régie régionale devra organiser sa base de services de première ligne en fonction d'autres facteurs, comme la mobilité de la population, le lieu de travail, la vie de quartier, l'existence de réseaux déjà organisés, les réalités culturelles ou linguistiques. »*** [16]

16 | Les solutions émergentes : rapport et recommandations / Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux. – Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2000. ix, 410 p.

Le réel défi, compte tenu de la complexité du réseau montréalais des services de santé et des services sociaux, est de trouver les meilleures façons d'assumer notre responsabilité populationnelle en fonction des objectifs poursuivis et des continuums d'intervention.

6.1 PLAN D'ACTION MONTRÉALAIS EN SANTÉ PUBLIQUE ET DÉCOUPAGES TERRITORIAUX, MUNICIPAUX, SCOLAIRES ET SOCIOSANITAIRES

Pour améliorer l'état de santé et de bien-être de la population, nous voulons nous donner un Plan d'action montréalais en santé publique. Ce plan régional devra s'appuyer sur des plans d'action locaux définis à l'échelle des territoires de CLSC.

Au plan régional, la situation s'est beaucoup simplifiée : avant, nous devions nous coordonner avec 29 municipalités; maintenant, nous avons à nous concerter avec la nouvelle Ville de Montréal. Cependant, au niveau local, la situation demeure très complexe parce que les cartes de fonds de terrain de la Ville, de la Régie et du milieu scolaire sont très différentes.

> ***« ... Il serait intéressant de remettre en question les façons d'établir les territoires de services pour faciliter la concertation entre les partenaires. Actuellement, les municipalités ont leurs territoires, les commissions scolaires ont les leurs et les CH en ont d'autres, ce qui ne favorise pas le partenariat, mais invite plutôt au désengagement. La participation des personnes en pouvoir d'influencer leurs organisations sur les tables de concertation serait plus facile à obtenir si les territoires convergeaient. De cette façon, on réduirait probablement le nombre de tables de concertation et on rendrait ces dernières plus efficientes et efficaces. »*** [17]

Ainsi, plusieurs des objectifs proposés dans le projet de Plan d'action montréalais en santé publique posent la question du territoire local de référence, pour coordonner l'action intersectorielle des partenaires, dont la contribution est essentielle à l'atteinte des objectifs, en particulier la Ville de Montréal et le milieu scolaire.

Des territoires locaux différents au plan municipal, scolaire et sociosanitaire

Quand on compare les 27 arrondissements de la Ville de Montréal et les 29 territoires de CLSC, seuls trois territoires se superposent parfaitement : Montréal-Nord, St-Léonard et LaSalle.

Dans le cas des cinq commissions scolaires, les territoires correspondent à trois vastes sous-régions du côté francophone et à deux du côté anglophone, qui se superposent.

17 | Réflexion partagée de la réalité montréalaise en matière de santé et de services sociaux, Commission multidisciplinaire régionale de la Régie régionale de Montréal Centre, novembre 2002

« *La prévention en actions* »
Plan d'action montréalais en santé publique, Document de consultation

Axe 1 : La réduction des inégalités sociales de la santé et un engagement confirmé auprès des communautés et des milieux de vie

Objectif 1 : Réduire les inégalités sociales de la santé par une stratégie concertée, solidaire et inclusive

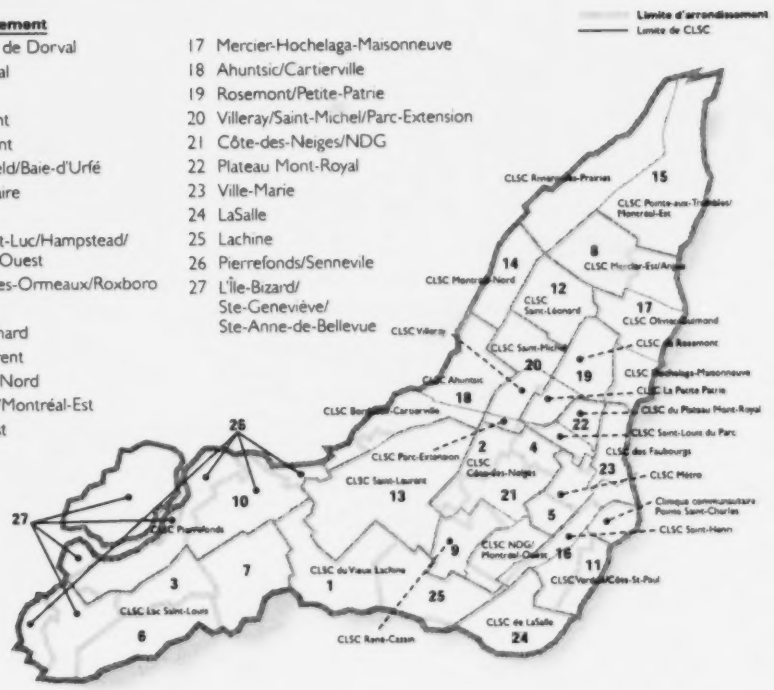
Axe 3 : La réduction des problèmes liés au développement, à l'adaptation et à l'intégration sociale des enfants, des adultes, des jeunes et des personnes âgées

Objectif 1 : Promouvoir le développement et l'adaptation sociale des tout-petits, tout en favorisant le soutien des parents et l'amélioration des conditions de vie des familles

Objectif 2 : Promouvoir le développement, l'adaptation et l'intégration sociale des jeunes (6-25 ans) tout en favorisant le soutien des parents et la création de milieux propices au développement

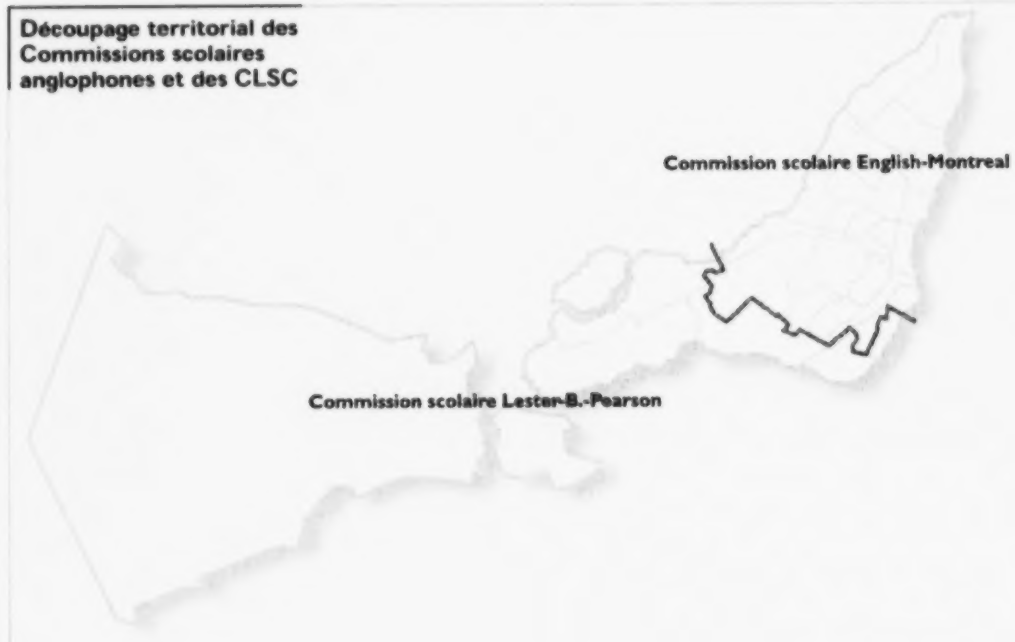
Les 27 arrondissements de l'Île de Montréal

N°	Arrondissement
1	Dorval/Île de Dorval
2	Mont-Royal
3	Kirkland
4	Outremont
5	Westmount
6	Beaconsfield/Baie-d'Urfé
7	Pointe-Claire
8	Anjou
9	Côte-Saint-Luc/Hampstead/ Montréal-Ouest
10	Dollard-des-Ormeaux/Roxboro
11	Verdun
12	Saint-Léonard
13	Saint-Laurent
14	Montréal-Nord
15	RDP/PAT/Montréal-Est
16	Sud-Ouest
17	Mercier-Hochelaga-Maisonneuve
18	Ahuntsic/Cartierville
19	Rosemont/Petite-Patrie
20	Villeray/Saint-Michel/Parc-Extension
21	Côte-des-Neiges/NDG
22	Plateau Mont-Royal
23	Ville-Marie
24	LaSalle
25	Lachine
26	Pierrefonds/Sennevile
27	L'Île-Bizard/ Ste-Geneviève/ Ste-Anne-de-Bellevue



Découpage territorial des Commissions scolaires francophones et des CLSC

Découpage territorial des Commissions scolaires anglophones et des CLSC



Le réseau scolaire est passé d'une logique territoriale à une logique linguistique. Ainsi, le territoire du CLSC NDG-Montréal-Ouest fait partie, du côté francophone, de deux commissions scolaires (Montréal et Marguerite Bourgeois) et du côté anglophone, d'une autre commission scolaire (English Montréal). Du côté municipal, la partie NDG fait partie de l'arrondissement Côte-des-Neiges/NDG et la partie Montréal-Ouest, de l'arrondissement Côte-St-Luc-Hampstead-Montréal-Ouest.

Les sous-régions scolaires ne correspondent pas non plus aux sous-régions proposées par le Département régional de médecine générale.

Les sous-régions du Département régional de médecine générale

Dans plusieurs parties de la ville, on constate que l'utilisation du territoire, comme outil de coordination d'une approche populationnelle, n'est pas simple.

En apparence, la solution la plus évidente serait de réorganiser le tout sur la base des arrondissements municipaux. Même si cela paraît rationnel, cette solution est peu réaliste à court terme.

En effet, la Ville de Montréal vient à peine d'être créée et ses arrondissements sont le fait d'un compromis politique assurant le plus possible la préservation des limites territoriales des anciennes municipalités. En conséquence, la population des arrondissements varie de 17 322 (Dorval-Île Dorval) à 142 161 (Villeray-St-Michel-Parc Extension). Il est logique de penser qu'à long terme, la carte municipale subira des ajustements visant à réduire le nombre d'arrondissements et à mieux équilibrer leur population respective. Cependant, à court terme, cela est fort peu probable.

Dans ce contexte, il n'est pas possible d'envisager une réorganisation des territoires de CLSC sur la base des arrondissements à court terme. Du côté scolaire, il est aussi peu probable que la situation change, puisque l'organisation linguistique actuelle a fait l'objet d'un amendement constitutionnel.

De nouveaux outils de coordination intersectorielle

Malgré cette complexité, plusieurs éléments sont favorables à une meilleure coordination et à une meilleure intégration des interventions des partenaires municipaux, scolaires et sociosanitaires, en vue d'améliorer l'état de santé et de bien-être de la population montréalaise, dont nous avons la responsabilité commune.

- Le contrat de ville

Le Contrat de ville entre Montréal et le gouvernement du Québec établit comme objectif prioritaire d'améliorer la qualité de vie et la cohésion sociale par une approche territoriale intégrée. Celle-ci aura pour but de lier concrètement les interventions reliées à l'aménagement du territoire et celles touchant le développement social et communautaire, le développement culturel et le développement économique. Le résultat recherché sera l'amélioration du cadre de vie des arrondissements et la revitalisation urbaine des zones prioritaires d'intervention concertée.

Le gouvernement et la Ville ont convenu de la nécessité d'assurer la cohérence des actions entreprises dans ces zones, par la mise en place d'une approche d'intervention multisectorielle et intégrée. Il y a donc un engagement mutuel de la Ville et du gouvernement pour que soit défini un cadre d'intervention interministérielle et intersectorielle, lequel associera les partenaires de la santé et de l'éducation en plus des ministères et organismes signataires du contrat de ville : Ministères (Culture et Communication, Emploi et Solidarité sociale, Environnement, Finances, Économie et Recherche, Transports) et la Société d'habitation du Québec.

Un des éléments structurants du contrat de ville est la définition commune des zones d'intervention prioritaires devant bénéficier d'une approche de développement territoriale multisectorielle intégrée.

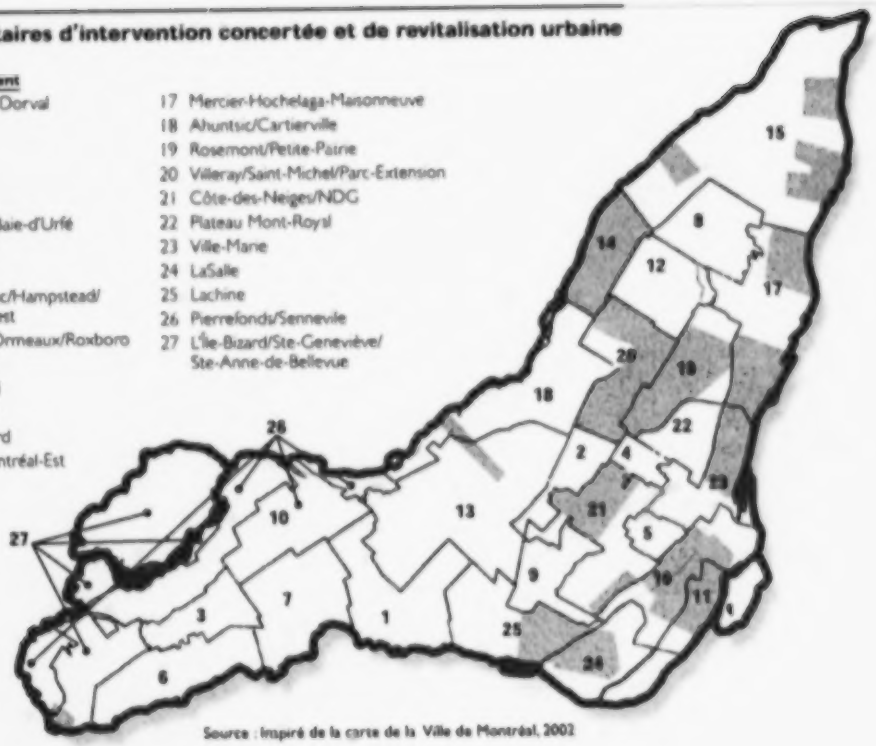
- Des zones prioritaires communes

Les zones prioritaires identifiées sont pratiquement les mêmes que celles apparaissant dans le rapport annuel 2002 de la Direction de santé publique « *La santé urbaine* », comme celles présentant un état de santé et de bien-être préoccupant.

Le défi est maintenant de définir un plan d'intervention concertée pour chacun de ces territoires, lequel mobilisera la Ville, les ministères signataires du contrat de ville, la Société d'habitation du Québec, la Régie régionale ainsi que les partenaires locaux, présents dans les quartiers ciblés : arrondissements, CLSC, commissions scolaires, écoles, équipes des Centres jeunesse, centres locaux d'emploi.

Zones prioritaires d'intervention concertée et de revitalisation urbaine

N°	Arrondissement
1	Dorval/Île de Dorval
2	Mont-Royal
3	Kirkland
4	Outremont
5	Westmount
6	Beaconsfield/Baie-d'Urfé
7	Pointe-Claire
8	Anjou
9	Côte-Saint-Luc/Hampstead/ Montréal-Ouest
10	Dollard-des-Ormeaux/Roxboro
11	Verdun
12	Saint-Léonard
13	Saint-Laurent
14	Montréal-Nord
15	RDP/PAT/Montréal-Est
16	Sud-Ouest
17	Mercier-Hochelaga-Maisonneuve
18	Ahuntsic/Cartierville
19	Rosemont/Petite-Patrie
20	Villeray/Saint-Michel/Parc-Extension
21	Côte-des-Neiges/NDG
22	Plateau Mont-Royal
23	Ville-Marie
24	LaSalle
25	Lachine
26	Pierrefonds/Sennevile
27	L'Île-Bizard/Ste-Geneviève/ Ste-Anne-de-Bellevue



Source : Inspiré de la carte de la Ville de Montréal, 2002

Taux de grossesse chez les adolescentes de 14 à 17 ans par CLSC et sous-régions, 1995-1997

(Taux annuel moyen pour 1 000 adolescentes)

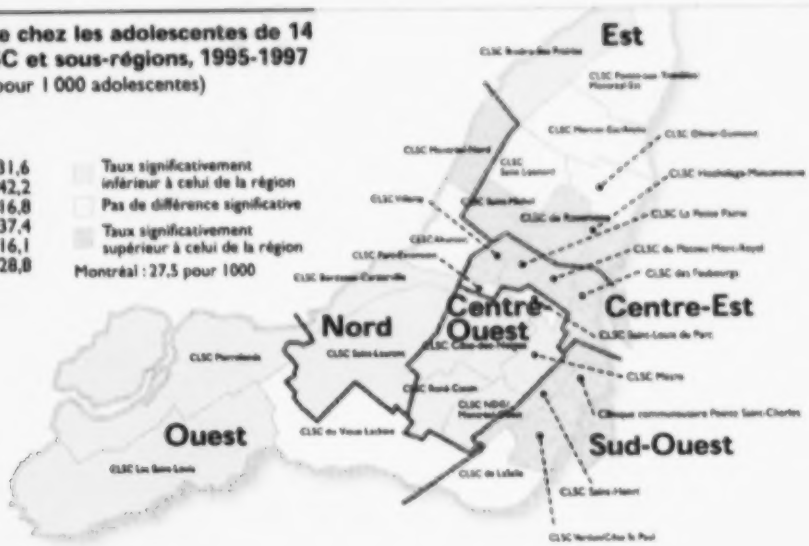
Est	31,6
Centre-Est	42,2
Centre-Ouest	16,8
Sud-Ouest	37,4
Ouest	16,1
Nord	28,8

Taux significativement inférieur à celui de la région

Pas de différence significative

Taux significativement supérieur à celui de la région

Montréal : 27,5 pour 1000



Source :
« La santé urbaine », Rapport annuel 2002 sur la santé de la population, Direction de santé publique, 2002

C'est dans cette perspective que le projet d'action concertée entrepris depuis quelques mois à Montréal-Nord réunit la Ville et l'arrondissement, les ministères québécois à vocation sociale, la Régie régionale, la Société d'habitation du Québec, les CLSC, le Centre local d'emploi et les organismes communautaires. Nous espérons que cette expérience sera utile pour l'élaboration d'une stratégie d'ensemble visant les zones prioritaires d'intervention.

L'identification des zones prioritaires communes d'intervention, par les principaux partenaires, favorisera la coordination des interventions et la concentration des efforts et en conséquence, une plus grande efficacité.

- La généralisation et l'harmonisation des programmes de prévention efficaces

En complément aux interventions concertées dans des zones prioritaires communes, en mode gestion de projet, une autre stratégie favorisant la coordination et l'intégration des interventions consiste à généraliser sur toute l'Île, des programmes de prévention reconnus efficaces.

L'adoption de normes et de standards communs est un mécanisme puissant pour favoriser la coordination entre les partenaires.

Nous pensons que la combinaison de ces deux approches peut contribuer à favoriser la coordination locale des interventions.

- La synchronisation et l'harmonisation des plans stratégiques régionaux

Un autre outil de coordination à notre portée est la synchronisation et l'harmonisation de nos plans stratégiques. La conjoncture actuelle est favorable, car plusieurs partenaires régionaux sont en processus de planification stratégique.

- D'ici la fin du printemps 2003, la Ville de Montréal, suite à la signature du contrat de ville, aura à adopter son Plan de développement social, qui sera suivi de l'adoption de plans similaires dans les arrondissements.
- La Régie régionale aussi est en processus de consultation pour adopter, d'ici l'été, son Plan stratégique d'organisation des services 2003-2006 et son Plan d'action montréalais en santé publique. L'an prochain, chaque CLSC adoptera son plan d'action local de santé publique.
- D'ici l'été, les commissions scolaires devront adopter leur plan stratégique pour la période 2003-2006.
- La table des partenaires, pilotée par les commissions scolaires et le Conseil régional de développement de l'Île de Montréal, dont font partie la Régie régionale et la Ville, se dotera d'ici l'été, d'un plan régional pour favoriser la réussite et la persévérance scolaire et le soutien aux raccrocheurs.

Comme ces planifications auront des effets structurants sur les priorités et l'allocation des ressources de chacun des partenaires, il est important, à ce moment, de se concerter avant de faire nos choix. Un bon arrimage des plans de match des principaux acteurs régionaux devrait favoriser une meilleure coordination sur le terrain et dans chacun des milieux.

- Une information partagée respectant le territoire de chacun

Enfin, compte tenu du fait que la Régie régionale, la Ville et les commissions scolaires conservent, à court terme, leurs propres cartes de fonds de terrain, il serait nécessaire d'organiser nos systèmes d'information et nos infocentres de façon à faciliter les échanges d'information et les analyses de données produites par chaque milieu.

LES PISTES DE SOLUTION

- **Se doter de meilleurs outils de coordination intersectorielle :**
  - **le contrat de ville entre Montréal et le gouvernement du Québec;**
  - **des zones prioritaires communes d'intervention concertée : Ville, ministères, Régie régionale, commissions scolaires;**
  - **la généralisation et l'harmonisation de programmmes de prévention efficaces, accessibles dans tous les territoires de CLSC;**
  - **la synchronisation et l'harmonisation des plans stratégiques régionaux des principaux partenaires : Ville, commissions scolaires, Régie régionale;**
  - **une information partagée et accessible en fonction des territoires de chacun : arrondissements, territoires de CLSC, territoires des commissions scolaires.**

6.2 INTÉGRATION ET COORDINATION DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX ET DÉCOUPAGES TERRITORIAUX

Au sein même du réseau montréalais de la santé et des services sociaux se pose, à Montréal la question de la contribution de l'approche territoriale à l'intégration et à la coordination des services, notamment dans les continuums de services suivants : soins de première ligne, services aux personnes âgées en perte d'autonomie, santé physique et santé mentale. La même question se pose aussi quant aux services jeunesse où la collaboration entre les CLSC, les centres jeunesse et les commissions scolaires est essentielle.

Ici encore, la situation montréalaise est complexe : d'abord, parce qu'il existe une multiplicité d'acteurs qui répondent chacun à une partie des besoins de la population et qui doivent se coordonner pour rendre accessibles des services intégrés et continus.

Du côté des organisations, chacune des composantes du réseau est une entité légale autonome. Dans le cas des établissements publics et des organismes communautaires, chaque organisation a un conseil d'administration autonome. Une partie de la complexité du système de santé montréalais vient du fait qu'il y a un très grand nombre de centres de décision, chacun avec sa vision, son plan, ses intérêts organisationnels.

Du côté de la livraison des services aux personnes, la complexité vient du fait qu'elle nécessite la coopération d'un grand nombre de personnes de professions diverses, rattachées ou non à des établissements du réseau.

Dans ce contexte, comment renforcer la coopération entre les intervenants pour atteindre l'intégration des services donnés aux personnes ?

Nous misons surtout sur la mise sur pied et le renforcement des réseaux collaboratifs entre les professionnels eux-mêmes, au-delà des fonctions organisationnelles. Ces réseaux s'appuieront sur des normes, des protocoles cliniques, des systèmes d'information, des outils de communication communs, des services de liaison présents aux endroits stratégiques. Enfin, ils nécessiteront un alignement cohérent des incitations encourageant la coopération. Ce réseautage repose sur l'existence de relations de confiance mutuelle entre les professionnels eux-mêmes. Il fait partie des stratégies recommandées par la Commission médicale régionale dans son avis sur le Plan d'organisation de services médicaux spécialisés. [18]

18 « *L'accès en actions* » - Plan montréalais d'organisation des services médicaux spécialisés et des besoins en effectifs médicaux , Partie 2 : Le réseautage : un modèle pour des services plus accessibles, Avis de la Commission médicale régionale, décembre 2002

> ***« Les organisations s'articulent dorénavant en réseaux plutôt qu'en pyramides de pouvoirs, en cellules interdépendantes plutôt qu'en postes cloisonnés et en systèmes informationnels plutôt qu'en secteurs aux fonctions imperméables »***
>
> Source : Joël de Rosnay, L'homme symbiotique, 1995

Dans la recherche d'une meilleure accessibilité à des services intégrés, est-ce que l'approche territoriale peut contribuer à l'atteinte de nos objectifs et si oui, comment ?

Le contexte montréalais et l'approche territoriale

La fonction première recherchée par l'approche territoriale est de définir une responsabilité claire face à une population définie.

La Régie régionale est responsable de la santé et du bien-être des habitants de la Ville de Montréal. De la même façon, les habitants de la Ville, en fonction de leur lieu de résidence, savent quel arrondissement est responsable des services municipaux de base, quelle commission scolaire, qu'elle soit francophone ou anglophone, est responsable de l'enseignement primaire ou secondaire.

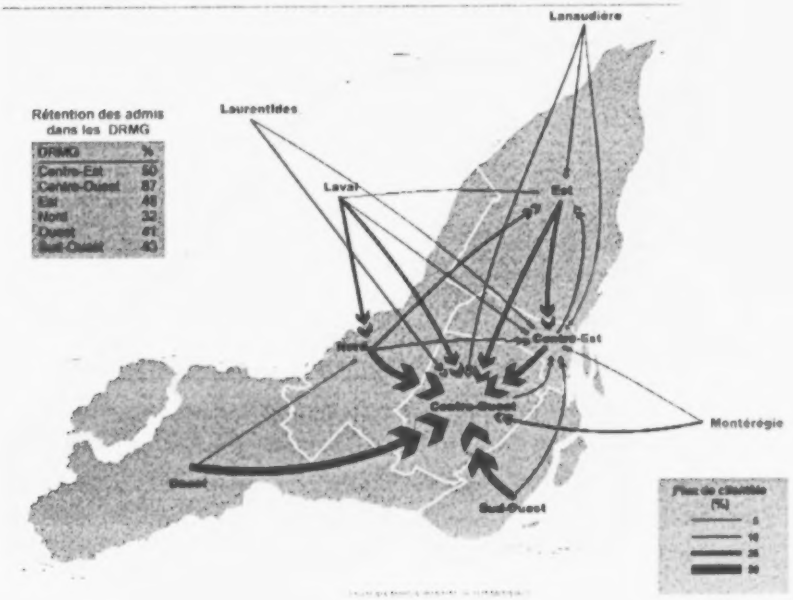
Nous venons de voir la complexité qu'entraîne cette approche au plan de l'action intersectorielle locale, lorsque les divisions territoriales des différents partenaires sont très divergentes.

En effet, en matière de services médicaux et de services hospitaliers, la notion de responsabilité face à la population d'un territoire donné n'existe pas. D'ailleurs, la loi précise que toute personne a le choix du professionnel ou de l'établissement duquel elle désire recevoir des services de santé et des services sociaux. Ce choix cependant, s'exerce en tenant compte des dispositions législatives et réglementaires relatives à l'organisation et au fonctionnement de l'établissement ainsi que des ressources dont il dispose.

Seuls deux types d'établissements ont une responsabilité populationnelle clairement définie dans la loi : les centres de protection de l'enfance et de la jeunesse face à la population de la région et les CLSC face à la population de leur territoire.

En pratique, dans la situation actuelle, à Montréal, les bassins de desserte des hôpitaux, des CLSC et des cliniques médicales s'entrecoupent et s'entrecroisent sans se superposer. Pour ne donner qu'un exemple, en matière de soins postopératoires et posthospitaliers, chaque hôpital peut avoir des liens avec plusieurs CLSC de Montréal et des régions voisines. De même, chacun des 29 CLSC de Montréal peut recevoir des références provenant de plusieurs hôpitaux différents.

Déplacement de la clientèle admise et en chirurgie d'un jour entre les sous-régions du DRMG de Montréal-Centre, 1998-1999



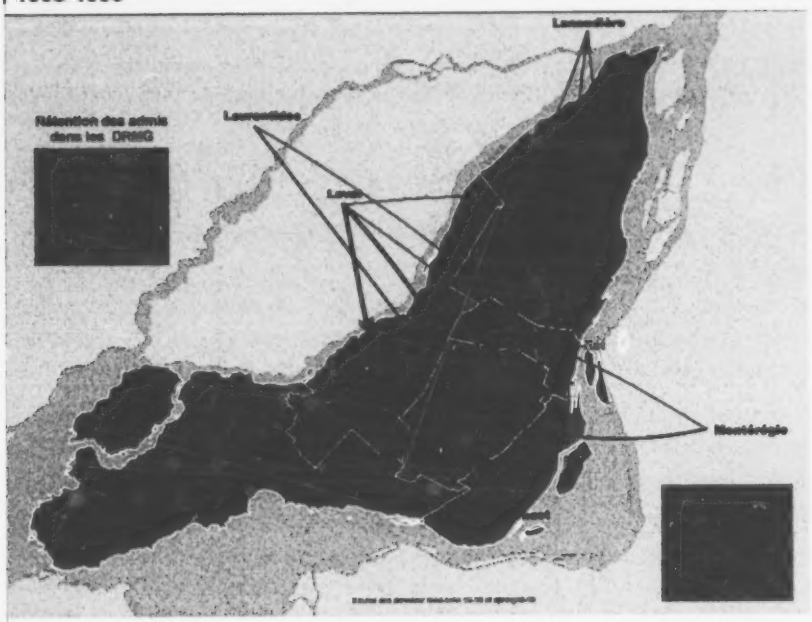
On constate donc que le taux de rétention est relativement faible à l'échelle sous régionale. De plus, compte tenu du taux de déménagements et des flux de population dans la région, la population d'un territoire local sous régional change de façon importante sur une période de trois à cinq ans.

Cependant, pour confier une responsabilité populationnelle claire à certaines institutions et pour tenir compte des masses critiques nécessaires à la livraison de certains services, il s'est construit, au fil des ans, une série de divisions sous régionales adaptées aux programmes concernés.

De façon générale, l'objectif visé par cette approche territoriale était de garantir l'accès de la population, résidant dans un secteur donné, au service concerné, dans l'établissement désigné à cette fin. De plus, cette approche a servi de base à la mise sur pied de tables de concertation territoriales, favorisant les ajustements mutuels entre les acteurs des sous régions. Enfin la sous région, dans plusieurs cas, est devenue une unité de planification et d'allocation de ressources.

Dans certains domaines, cette stratégie, visant à garantir l'accès aux services, a eu comme effet pervers de servir de base au refus des patients ne résidant pas dans le secteur couvert par l'institution. Ce problème a été particulièrement criant dans le secteur des services psychiatriques destinés aux adultes.

Déplacement de la clientèle admise et en chirurgie d'un jour entre les sous-régions du DRMG de Montréal-Centre, 1998-1999



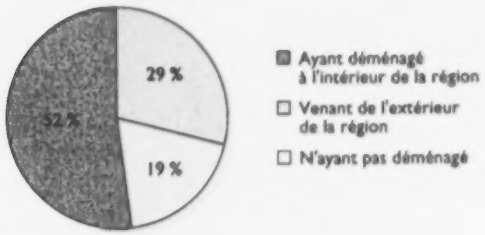
On constate donc que le taux de rétention est relativement faible à l'échelle sous-régionale. De plus, compte tenu du taux de déménagements et des flux de population dans la région, la population d'un territoire local sous-régional change de façon importante sur une période de trois à cinq ans.

Cependant, pour confier une responsabilité populationnelle claire à certaines institutions et pour tenir compte des masses critiques nécessaires à la livraison de certains services, il s'est construit, au fil des ans, une série de divisions sous-régionales adaptées aux programmes concernés.

De façon générale, l'objectif visé par cette approche territoriale était de garantir l'accès de la population, résidant dans un secteur donné, au service concerné, dans l'établissement désigné à cette fin. De plus, cette approche a servi de base à la mise sur pied de tables de concertation territoriales, favorisant les ajustements mutuels entre les acteurs des sous-régions. Enfin la sous-région, dans plusieurs cas, est devenue une unité de planification et d'allocation de ressources.

Dans certains domaines, cette stratégie, visant à garantir l'accès aux services, a eu comme effet pervers de servir de base au refus des patients ne résidant pas dans le secteur couvert par l'institution. Ce problème a été particulièrement criant dans le secteur des services psychiatriques destinés aux adultes.

Répartition de la population de 5 ans et plus, selon la mobilité sur une période de 5 ans, Montréal, 1996



Source : « *La santé urbaine* », Rapport annuel 2002 sur la santé de la population, Direction de santé publique, 2002

Au fil du temps, des découpages sous-régionaux, différents d'un programme à l'autre, ont été élaborés. En effet, la répartition des ressources spécialisées, la possibilité de concentration des masses critiques, les caractéristiques linguistiques des clientèles à desservir, la localisation géographique des infrastructures existantes, ont amené des choix de découpages différents d'un programme à l'autre.

6.2.1 Continuum des services en santé physique

Un premier élément de préoccupation concerne l'arrimage entre le découpage émanant du Département régional de médecine générale et celui des centraux Info-santé 24/heures/7 jours dans le contexte où on veut enregistrer les clientèles vulnérables auprès des centraux et leur donner accès à un service de garde médicale et infirmière.

Serait-il préférable de faire en sorte que les quatre centraux desservent une ou des sous-régions complètes du Département régional de médecine générale ?

Si oui, est-il préférable de modifier les bassins de desserte des centraux pour les ajuster aux sous-régions du Département régional de médecine générale ou l'inverse ?

Les sous-régions du Département régional de médecine générale

Enfin, dans le projet de Plan d'organisation des services médicaux généraux, proposé par le Département régional de médecine générale, il est recommandé d'inclure le territoire du CLSC Parc-Extension dans la région Centre-est à la sous-région Centre-ouest et de faire l'inverse pour le territoire du CLSC St-Louis-du-Parc.

Dans les deux cas, les CLSC sont en faveur de ce changement, justifié par les liens développés entre Parc-Extension et le réseau gravitant autour de l'Université McGill et ceux de St-Louis du Parc avec le réseau francophone relié au CHUM.

Proposition de révision
Les CLSC et les sous-régions du DRMG

Si ce changement est fait, doit-on modifier les zones de desserte des centraux 24/7 concernés au CLSC Villeray et au CLSC Métro ?

Enfin, y a-t-il intérêt à concentrer certains services (ex.: garde médico-nursing pour les soins palliatifs) dans seulement un ou deux centraux 24/7 ?

Un acquis du découpage actuel est que les sous-régions du Département régional de médecine générale sont formées de territoires complets de CLSC. Il reste à identifier les services qui seront développés avec responsabilité populationnelle, sur une base sous-régionale, au plan du service de garde 24/7 pour les clientèles vulnérables qui seront enregistrées dans les centraux Info-santé par les GMF et les CLSC.

Dans le cas des GMF, puisque leur responsabilité populationnelle ne sera pas territoriale, est-il préférable que tous les patients vulnérables du groupe soient enregistrés auprès du central 24/7 responsable du territoire où ils sont situés ou du central responsable du territoire où réside le patient enregistré ?

En santé au travail, la Ville de Montréal a été divisée en cinq secteurs dans lesquels un CLSC désigné (Lac St-Louis, Côte-des-Neiges, des Faubourg, Montréal-Nord, Pointe-aux-Trembles-Montréal-Est) assure la réalisation des programmes de santé au travail auprès des travailleurs et des entreprises prioritaires du secteur géographique dont il est responsable. Dans ce programme, c'est le lieu de travail qui importe et non le lieu de résidence, d'où la possibilité de désigner, à l'échelle sous-régionale, un seul CLSC qui n'a pas à se coordonner avec les CLSC locaux.

6.2.2 Continuum des services aux personnes âgées en perte d'autonomie

La réponse aux enjeux identifiés en santé physique aura un impact important dans le continuum des services aux personnes âgées en perte d'autonomie, particulièrement en ce qui concerne les services de garde médicale et infirmière, organisés sur une base sous-régionale.

Au sein de ce continuum, les services de maintien à domicile et les services dans la communauté sont organisés principalement sur la base des territoires locaux de CLSC, qui sont responsables de la livraison et de la coordination des services aux personnes en perte d'autonomie résidant sur leur territoire. Les CLSC, ayant une responsabilité territoriale bien délimitée, n'ont pratiquement pas à travailler ensemble auprès d'un même patient, sauf dans le cas des services qui ont été confiés à l'un d'entre eux sur une base sous-régionale dans le cas des centraux Info-Santé 24/7 par exemple.

- Psychogériatrie à domicile

Les services de psychogériatrie à domicile, mis sur pied au milieu des années quatre-vingt dans le cadre du Plan Lavoie-Roux de désengorgement des urgences, sont assurés sur une base sous-régionale par cinq CLSC désignés et une équipe rattachée au Pavillon Albert-Prévost de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal. Ces équipes desservent une clientèle à domicile et offrent un service de consultation pour les équipes de base en CLSC.

Les sous-régions, ainsi découpées, ne correspondent pas exactement aux sous-régions proposées par le Département régional de médecine générale, ni à celles des centraux 24/7, ni à celles des départements de psychiatrie desservant les adultes.

Territoire par sous-régions de DRMG	CLSC ou établissement désigné en psychogériatrie	Territoire de DSC	Sous-région en santé mentale
Sous-région Est			
Pointe-aux-Trembles-Montréal-Est	St-Léonard	Maisonneuve-Rosemont	Est
Mercier-Est/Anjou	Olivier Guimond	Maisonneuve-Rosemont	Est
Rivière-des-Prairies	St-Léonard	Maisonneuve-Rosemont	Est
Olivier-Guimond	Olivier-Guimond	Maisonneuve-Rosemont	Est
Hochelaga-Maisonneuve	Olivier-Guimond	Maisonneuve-Rosemont	Est
De Rosemont	St-Léonard	Maisonneuve-Rosemont	Est
St-Léonard	St-Léonard	Maisonneuve-Rosemont	Est
St-Michel	Sacré-Cœur	Sacré-Cœur	Est
Sous-région Centre-est			
Des Faubourgs		Saint-Luc	Centre-est
Du Plateau Mont-Royal		Saint-Luc	Centre-est
La Petite Patrie : St-Luc	X	Saint-Luc	Centre-est
Villeray		Saint-Luc	Centre-est
Parc-Extension		Saint-Luc	Centre-ouest
Sous-région Ouest			
Du Vieux Lachine	LaSalle	Lakeshore	Ouest
Lac St-Louis	LaSalle	Lakeshore	Ouest
Pierrefonds	LaSalle	Lakeshore	Ouest
Sous-région Centre-ouest			
St-Louis du Parc		Général de Montréal	Centre-est
Métro : Général de Montréal	X	Général de Montréal	Centre-ouest
N.D.G./Montréal-Ouest		Général de Montréal	Centre-ouest
Côte-des-Neiges		Ste-Justine	Centre-ouest
René-Cassin		Ste-Justine	Centre-ouest
Sous-région Sud-ouest			
Pointe St-Charles	LaSalle	Verdun	Sud-ouest
Verdun/Côte St-Paul	LaSalle	Verdun	Sud-ouest
LaSalle	LaSalle	Verdun	Sud-ouest
St-Henri	Métro	Général de Montréal	Sud-ouest
Sous-région Nord			
Montréal-Nord	Sacré-Cœur	Sacré-Cœur	Nord
Ahuntsic	Sacré-Cœur	Sacré-Cœur	Nord
Bordeaux-Cartierville	Sacré-Cœur	Sacré-Cœur	Nord
St-Laurent	Sacré-Cœur	Sacré-Cœur	Nord

X : ce CLSC dessert l'ensemble de la sous-région.

Est-il pertinent ou non d'harmoniser les sous-régions en santé mentale, les sous-régions du Département régional de médecine générale et d'ajuster en conséquence les sous-régions en psychogériatrie ?

Cela pourrait impliquer :

- de rattacher le CLSC St-Michel au secteur Est, desservi par le CLSC Olivier-Guimond
- de rattacher le CLSC Parc-Extension au secteur Centre-ouest, desservi par le CLSC Métro
- de rattacher le CLSC St-Louis Du Parc au secteur Centre-est, desservi par le CLSC La Petite Patrie

Il faudrait tenir compte des interrelations entre les domaines de la gériatrie, de la psychogériatrie et de la géronto-psychiatrie.

En plus des services de psychogériatrie à domicile, il existe :

- des services d'évaluation gériatriques dans 9 hôpitaux de jour
- des soins d'évaluation gériatrique en interne, dans 17 établissements, disposant de 346 lits à cette fin
- des services de géronto-psychiatrie disponibles dans 7 départements de psychiatrie sur 11.

- Maintien à domicile et hébergement

À Montréal, l'admission dans les 12 263 places disponibles pour les personnes âgées dans les centres d'hébergement publics et privés conventionnés est centralisée au Service régional d'admission géré par la Régie régionale. Donc, les personnes peuvent être admises dans n'importe lequel des centres d'hébergement de l'Île. D'une part, le lieu de résidence n'est pas un critère d'admission et les centres n'ont pas de responsabilité territoriale en matière d'hébergement. D'autre part, les facteurs linguistiques et culturels doivent être pris en compte, de même que les liens conjugaux et familiaux, les préférences des usagers, le niveau d'intensité des soins requis et l'offre de services disponibles à cet égard.

En région, l'intégration des services de première ligne et d'hébergement à l'échelle de la MRC permet de regrouper tous les budgets disponibles pour les personnes âgées en perte d'autonomie, dans une même enveloppe, créant ainsi une réelle incitation à utiliser, de façon optimale, les ressources les plus intensives, en complément aux ressources familiales et intermédiaires et aux services à domicile, au sein d'un continuum de services intégrés dynamiquement.

À Montréal, actuellement, il n'y a pas de lien entre le déploiement des ressources d'hébergement sur une base géographique et les besoins de la population de chacun des territoires de CLSC. Il n'y a pas de lien entre le lieu de résidence et le territoire où la personne est hébergée, tant à l'échelle locale qu'à l'échelle sous-régionale.

Le déploiement des ressources d'hébergement n'a pas été fait en fonction des besoins territoriaux mais en fonction de toute une série de facteurs qui ont évolué au cours de l'histoire.

Même si l'on passait de 29 à 6 CLSC, soit un par sous-région, dans le système d'admission actuel, 7 % des admissions proviendraient d'autres régions et le taux de desserte de la population locale varierait de 73,02 % dans le Centre-est à 44,6 % dans le Nord.

Plus l'unité territoriale est petite, moins la capacité de créer un réseau d'hébergement autosuffisant est possible, compte tenu de la répartition actuelle des infrastructures et des capacités à fournir les niveaux de soins requis.

À titre d'exemple, il n'y a aucun centre d'hébergement et de soins de longue durée à Parc-Extension et à St-Léonard. Par contre, il y a 1 110 lits d'hébergement, soit 8 % du total régional sur le territoire du CLSC Des Faubourgs, où vivent 2 % des personnes de 65 ans et plus de la région. L'Hôpital Notre-Dame de la Merci, situé à Ahuntsic, a intégré le CLSC-CHSLD Bordeaux-Cartierville, situé dans le territoire voisin, alors que le CLSC Ahuntsic s'est fusionné avec les Résidences Laurendeau, Louvain, Légaré.

Ainsi, du côté de l'hébergement, les regroupements territoriaux, sur une base locale, ne sont pas un levier permettant d'améliorer l'intégration des services aux personnes âgées en perte d'autonomie, compte tenu, de la répartition des installations et du système d'admission actuel.

Une autre voie, explorée dans le cadre du projet SIPA est envisageable, soit celle de rendre disponible, au CLSC responsable de sa population locale en perte d'autonomie, sa quote-part du budget régional consacré au maintien à domicile et à l'hébergement. Ainsi, en fonction des besoins, le CLSC pourrait acheter les soins d'hébergement requis ou financer le patient qui pourrait acheter lui-même les services requis.

Compte tenu de nos orientations et du contexte, nous ne proposons pas de réforme structurelle dans ce secteur et procéderons à des simulations d'un financement intégré des CLSC, couvrant à la fois l'hébergement et le maintien à domicile, sur une base populationnelle comme le proposait le projet SIPA.

6.2.3 Sectorisation des services spécialisés : une multitude de découpages

Comme on peut le voir, l'arrimage entre les secteurs utilisés pour déterminer les responsabilités populationnelles des dispensateurs de services spécialisés et les secteurs de base utilisés pour des services de première ligne n'est pas simple. En effet, selon les spécialités, la répartition des ressources, compte tenu des masses critiques nécessaires, ne permet pas facilement l'utilisation des mêmes découpages. C'est le cas en psychiatrie adulte et en pédopsychiatrie, où les secteurs divergent, en particulier, à cause de la répartition des effectifs psychiatriques entre les hôpitaux.

Couverture régionale des services de réadaptation et insertion sociale pour la clientèle adulte ayant une déficience motrice - Orientation de la clientèle vers les centres de réadaptation

Bassin de desserte
Déficience du langage et de la parole

Territoire de desserte des centres de réadaptation en déficience intellectuelle

Secteurs en santé mentale

Sectorisation des services de pédopsychiatrie francophone par secteur d'établissement et par territoire de CLSC

Sectorisation des services de pédopsychiatrie anglophone par secteur d'établissements et par territoire de CLSC

Le très grand nombre de découpages différents utilisés dans le domaine de la santé et des services sociaux rend plus complexe encore l'intégration des services.

D'une part, cela rend plus ardue la concertation entre les institutions, surtout dans le centre-ville où s'entrecroisent les différents types de découpages territoriaux. D'autre part, et c'est le plus important, cela nécessite un bon pilotage des patients et un excellent service de liaison entre les professionnels œuvrant dans les différents points de services.

Du côté des services spécialisés, il faudrait réviser les découpages territoriaux utilisés, en se demandant s'ils sont absolument nécessaires pour améliorer l'accès et la qualité des services. Ils ne devraient pas, comme on l'a trop vu en psychiatrie, devenir une façon de confiner les usagers à un territoire et à un seul dispensateur de services spécialisés. Enfin, si l'on utilise des découpages territoriaux, ils devraient viser à respecter le plus possible les secteurs de base utilisés en première ligne : territoire de CLSC et sous-régions établies par le Département régional de médecine générale.

En santé mentale adulte, il faudrait s'harmoniser avec les sous-régions de DRMG en plaçant, dans les deux cas, Parc-Extension dans le Centre-ouest et St-Louis du Parc dans le Centre-est.

En déficience physique, cette question sera révisée cette année dans le cadre de l'élaboration d'un plan régional d'organisation des services.

Dans le secteur jeunesse, il faudrait pouvoir affecter à la réalisation des interventions intersectorielles dans les zones prioritaires, les ressources nécessaires provenant des centres jeunesse et des CLSC concernés au sein d'équipes décloisonnées. Enfin, il faudrait aussi créer une unité de concertation par commission scolaire et organiser les regroupements sous-régionaux conséquents avec les centres jeunesse et les CLSC.

6.2.4 Des voies de solution

- L'harmonisation et la simplification

Une première voie de solution est de simplifier et d'harmoniser les découpages territoriaux en faisant en sorte :

- qu'ils utilisent, comme territoire de base, le territoire de CLSC;
- que les sous-régions respectent le plus possible le découpage sous-régional proposé par le Département régional de médecine générale en plaçant Parc-Extension dans le Centre-ouest et St-Louis du Parc dans le Centre-est;
- que la désignation d'établissements responsables de mandats sous-régionaux soit faite en utilisant les sous-régions définies en des multiples de sous-régions;
- que la création d'un palier sous-régional des services ne complexifie pas davantage les relations entre le palier régional et le palier local (CLSC, GMF);
- que, dans le cas des services spécialisés, les découpages territoriaux soient absolument nécessaires pour faciliter l'accès et ne soient pas utilisés comme barrière à l'accès;
- que le principe de subsidiarité soit respecté en utilisant le plus possible le palier local;
- que la gamme de services de base offerts par les CLSC, les GMF et les points de services du réseau d'accès rapide aux services diagnostiques, soient la plus harmonisée possible dans chacun des points de services;

- que les découpages territoriaux soient conçus en fonction des clients : entreprises et travailleurs en santé au travail, commissions scolaires et élèves, partenaires intersectoriels;
- que des équipes réseau décloisonnées puissent être mises sur pied pour collaborer à des projets intersectoriels majeurs dans des zones prioritaires.

- La liaison et la normalisation

Même si ces améliorations étaient apportées, le plus important est d'assurer une prise en charge continue et intégrée en première ligne, un bon pilotage des patients lorsqu'ils utilisent des services spécialisés et une liaison sans faille entre les différents points de services.

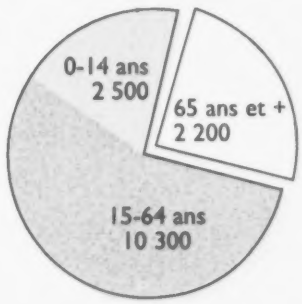
Pour ce faire, en première ligne, nous misons sur le duo GMF et points de services du réseau d'accès rapide aux services diagnostiques. Les GMF auront une responsabilité populationnelle claire par le biais de l'enregistrement de leur clientèle. Les GMF n'auront pas de responsabilité territoriale. Leurs patients proviendront des différents territoires de CLSC de Montréal ou même des régions voisines.

Un des enjeux les plus importants pour assurer des services intégrés et continus aux personnes sera la qualité de la liaison qui s'établira entre les infirmières de CLSC basées à plein temps au sein des GMF, les infirmières à l'accueil et à la coordination des programmes visant les clientèles vulnérables dans les CLSC et les infirmières de liaison des hôpitaux.

Quand on analyse ce que pourrait être une année dans la vie d'un GMF, formé de 10 médecins généralistes et d'infirmières de liaison, prenant en charge 15 000 patients représentatifs de la population montréalaise actuelle, on voit bien l'importance de cette liaison.

En effet, la clientèle comptera autour de 1 080 personnes atteintes de maladies chroniques évolutives (diabète, insuffisance cardiaque, maladie pulmonaire obstructive chronique) susceptibles de profiter des programmes offerts en CLSC. C'est aussi le cas d'une partie des 2 200 personnes âgées enregistrées, en particulier, celles ayant une limitation d'activités à long terme. Avec 300 personnes par année, le lien devra être fait avec les programmes de santé maternelle et infantile offerts aussi par les CLSC.

Une année dans la vie d'un GMF (10 médecins)
Population (15 000 personnes)



Hospitalisations	1 400
Chirurgies d'un jour	500
Personnes recevant un service de médecine ou de chirurgie* / an	12 400
Nombre de services de médecine ou de chirurgie* / an	142 000
Personnes diabétiques	660
Personnes avec insuffisance cardiaque (65 et +)	220
Personnes avec MPOC	200
Personnes ayant une limitation d'activité à long terme	1 300
Grossesses / an	300
Décès / an	130

* Actes médicaux posés par des médecins rémunérés à l'acte, dans l'ensemble du réseau

La liaison avec l'hôpital sera aussi importante, compte tenu des 1 400 hospitalisations par année qui surviendront.

Nombre d'hospitalisations et de chirurgies d'un jour par année pour 15 000 personnes représentatives de la population de Montréal

Total des hospitalisations à Montréal (2000-2001)	**1 404**
Chirurgie	351
Médecine	607
Nouveau-nés	170
Obstétrique	194
Psychiatrie	82
Total des chirurgies d'un jour à Montréal (2000-2001)	521
Chirurgie	434
Médecine	42
Obstétrique	33
Psychiatrie	1
Interventions dites pertinentes, 18 ans et + (1995-1999) *	
Cataracte/Rétinopathie	80
Angioplastie/Pontage/Pacemaker	39
Remplacement hanche/fémur/genou	16

* Légèrement surévalué, car population de 15 ans et + (au lieu de 18 ans et +)

L'enjeu de la qualité de la liaison entre les hôpitaux, les CLSC, les GMF et les points de services du réseau d'accès rapide, est d'autant plus important que nous sommes aux prises avec une pénurie de médecins omnipraticiens et d'infirmières. En conséquence, nous devons nous doter des meilleurs outils de travail possibles, introduire dans les réseaux de services intégrés d'autres professionnels (nutritionnistes, pharmaciens, travailleurs sociaux…) et éviter les dédoublements, ex. : une visite d'infirmière spécialisée du réseau de services intégré pour les MPOC et une visite d'une deuxième infirmière de soins à domicile pour les autres problèmes de santé.

Conditions de succès :

- confiance mutuelle entre les professionnels : infirmières de liaison, médecins spécialistes et généralistes
- protocoles cliniques communs
- outils électroniques de communication : demande de services interétablissements
  outil d'évaluation multiclientèles
  outil de dépistage des clientèles vulnérables
  registre – résultats de laboratoire, imagerie
- présence de gestionnaires de cas pour les personnes vulnérables
- accès réel à la première ligne, aux ressources diagnostiques et à la consultation
- ressources compétentes et en quantité suffisante en première ligne et en liaison.

Par ailleurs, l'évolution des hôpitaux vers une organisation intégrée par programmes-clientèles (Hôpital Maisonneuve-Rosemont, CHUM, CUSM) contribuera à favoriser la liaison entre l'hôpital et les ressources de première ligne.

L'élément le plus important est probablement le développement d'une relation de confiance entre les professionnels directement concernés : infirmières de liaison, médecins spécialistes et médecins généralistes. L'élaboration de protocoles cliniques communs pour les techniques de soins, par exemple, lors d'une prothèse totale de la hanche, est un outil indispensable pour l'intégration et la continuité des services mais aussi, pour l'instauration d'un sentiment de confiance en la compétence des uns et des autres.

Le palier sous-régional peut être un espace favorable à la création de ces liens de confiance entre les professionnels eux-mêmes et à l'élaboration d'outils clinique communs. Cependant, à cause de l'entrecroisement des bassins de desserte des hôpitaux, des CLSC et des GMF, il faut viser à se donner des normes communes au niveau national, inter-régional ou régional, en particulier, en ce qui a trait aux protocoles de soins de santé, de sorte que le patient qui est référé au CLSC de Rosemont en provenance du CHUM ou de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, soit traité de la même façon.

Ainsi, la standardisation des méthodes des soins infirmiers à domicile a été le fruit de travaux menés à l'échelle québécoise par l'association des CLSC-CHSLD; un protocole pour la prothèse totale de la hanche a été élaboré dans les sous-régions Est et finalement, a été adopté par le CHUM.

Pour contrer les obstacles découlant de l'enchevêtrement des bassins de desserte dans la région, il nous semble essentiel de travailler à l'élaboration de normes et de standards communs, particulièrement, en ce qui a trait aux protocoles cliniques, aux systèmes d'information, aux moyens de communication électronique et aux systèmes de transmission des requêtes et des résultats de services diagnostiques.

LES PISTES DE SOLUTION

- **Harmonisation et simplification sur la base des territoires de CLSC et des sous-régions proposées par le Département régional de médecine générale**
- **Liaison et normalisation**
  - **protocoles cliniques communs**
  - **outils électroniques de communication**
  - **réseau d'accès rapide aux services diagnostiques**

7.
Défis de gestion 2003-2006

L'atteinte des objectifs proposés en matière d'amélioration de la santé et du bien-être de la population montréalaise nécessitera de relever 6 défis importants en matière de gestion du réseau régional :

1. **Implanter de nouveaux outils de gestion orientés vers l'atteinte de résultats mesurés à partir d'objectifs préalablement fixés, la transparence et l'imputabilité :**
   - les ententes de gestion avec les établissements
   - une évaluation équilibrée des résultats et de la performance
2. **S'assurer de la disponibilité et de la mobilisation des médecins**
3. **S'assurer de la disponibilité et de la mobilisation de la main-d'œuvre**
4. **Rendre accessible les systèmes et les technologies de l'information nécessaires au travail en réseau des professionnels, et à une gestion basée sur des données probantes**
5. **Maintenir et renforcer les partenariats stratégiques au sein de la communauté montréalaise**
6. **Développer une stratégie de financement favorisant une gestion optimale des ressources et la réalisation des priorités d'amélioration de la santé et du bien-être 2003-2006**

7.1 Implanter de nouveaux outils de gestion orientés vers l'atteinte de résultats mesurés à partir d'objectifs préalablement fixés, la transparence et l'imputabilité

Ajouter des ressources additionnelles dans le réseau montréalais de la santé et des services sociaux ne portera fruit que si l'on gère, de façon optimale, l'ensemble des ressources humaines, financières, matérielles et informationnelles dont nous disposons.

Avant de songer aux développements à venir, qui représenteront potentiellement une hausse récurrente d'environ 3 % par année d'ici 2006, il faut s'intéresser au 100 % actuel, qui représente, à Montréal, en 2002-2003, 4,133 milliards $ soutenant la prestation de services offerts par 82 500 employés et permettant de subventionner, à la hauteur de 50,5 M$, plus de 500 organismes communautaires. De même, nous disposons d'un parc d'actifs immobiliers d'une valeur de remplacement de 4 milliards $ et d'actifs informationnels évalués à plus de 200 M$.

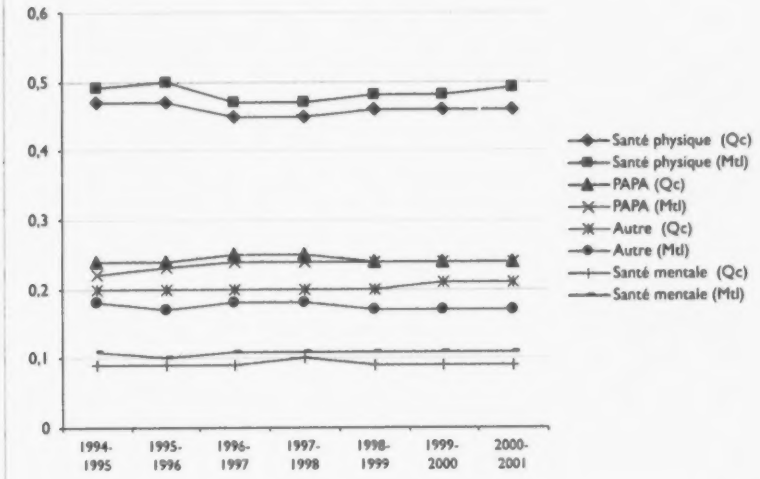
À ces ressources s'ajoutent la contribution de 3 216 spécialistes et 2 190 omnipraticiens, qui ont reçu une rémunération globale de 722 915 691 $ en 2000-2001.

Les ressources actuelles servent principalement à financer les services de santé physique (48,5 %), les services aux personnes âgées en perte d'autonomie (25,5 %) et les services de santé mentale (11 %). Ensemble, ces trois programmes mobilisent 85 % des ressources financières. Depuis 1994-1995, la répartition des ressources entre ces différents programmes est demeurée relativement stable.

Dépenses selon les programmes - Montréal et le Québec 2000-2001

	Ensemble du Québec		Montréal	
Programmes	**Milliers $**	**%**	**Milliers $**	**%**
Alcoolisme et toxicomanie	68 247	0,63 %	21 195	0,55 %
Déficience intellectuelle	575 184	5,30 %	154 010	3,97 %
Déficience physique	474 841	4,37 %	177 496	4,58 %
Jeunes et leur famille	858 081	7,90 %	251 936	6,50 %
Personnes âgées en perte d'autonomie	2 611 614	24,05 %	912 319	23,52 %
Santé mentale	1 002 524	9,23 %	421 401	10,86 %
Santé physique	5 017 064	46,21 %	1 881 779	48,51 %
Santé publique	249 783	2,30 %	58 667	1,51 %
Total	**10 857 338**	**100,00 %**	**3 878 803**	**100,00 %**

Évolution du % des dépenses selon les programmes entre 1994-1995 et 2000-2001 - Montréal et le Québec



Du point de vue de la répartition entre les organismes qui assurent la livraison et la coordination des services, on constate que les hôpitaux généraux et spécialisés ainsi que les hôpitaux de réadaptation requièrent la plus grande part du budget régional (57 %).

Répartition des dépenses à Montréal en 2000-2001 selon les programmes et la catégorie d'établissement

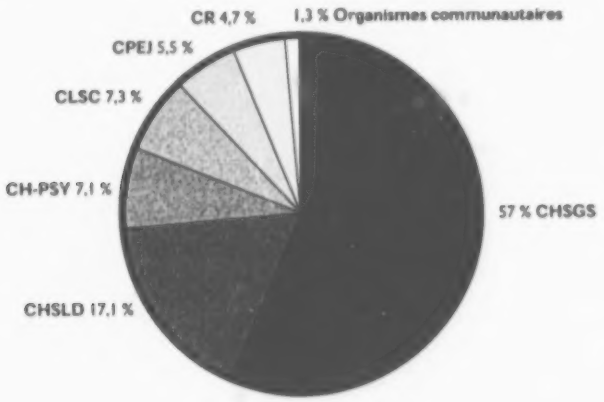
Catégorie d'établissement	Santé physique	Santé mentale	Santé publique	PAPA	Déficience physique	Déficience intellect.	Jeunes	Alcoolisme Toxicomanie	Total	%
CHSGS incluant CH-RÉAD.	1 800 702	130 844	12 698*	172 701	93 526	46	0	2 024	2 212 541	57,0
CHSLD (et CHSLD-CLSC)**	18 801	5 329	5 008	619 500	11 579	2 138	2 662	1	665 018	17,1
CH-PSY	10 309	237 163	0	0	0	26 722	0	0	274 194	7,1
CLSC (et CLSC-CHSLD)***	51 944	27 727	39 028	107 644	26 512	6 029	24 619	14	283 519	7,3
CPEJ et CR-DA	0	0	0	0	0	0	211 711	0	211 711	5,5
CR.:D.Phys. D.Intell. Alc-tox	24	10	0	2 542	42 678	117 032	17	18 649	180 951	4,7
Organismes communautaires	0	20 327	0	9 932	3 201	2 043	12 927	507	48 937	1,3
Régie régionale	0	0	1 933	0	0	0	0	0	1 933	0,0
Total	**1 881 779**	**421 401**	**58 667**	**912 319**	**177 496**	**154 010**	**251 936**	**21 195**	**3 878 804**	**100**

* Principalement dépenses salariales de professionnels en santé publique (Hôpital Général de Montréal et Hôpital Maisonneuve-Rosemont).

** Comprend les établissements à double mission : Saint-Laurent, Bordeaux-Cartierville et Lasalle.

*** Comprend les établissements à double mission : Montréal-Nord, Rosemont et Pointe-aux-Trembles.

Pourcentage des dépenses selon les organismes 2000-2001



Si l'on regarde maintenant l'utilisation des ressources sous l'angle des catégories de services, on constate que le pourcentage des heures travaillées dans les services directs à la population est passé de 68,5 % en 1995-1996 à 71,3 % en 2000-2001, alors qu'il a diminué dans les services de soutien et les services administratifs.

Évolution du % des heures travaillées par catégorie de services

	Services directs	Soutien	Administratifs	Autres
1995-1996	68,5 %	22,2 %	8,7 %	0,6 %
1996-1997	68,7 %	21,9 %	8,5 %	1,0 %
1997-1998	69,9 %	21,0 %	8,2 %	0,9 %
1998-1999	70,7 %	20,5 %	8,0 %	0,8 %
1999-2000	71,0 %	20,2 %	8,0 %	0,8 %
2000-2001	71,3 %	19,9 %	8,0 %	0,8 %

Source : Direction des immobilisations et finances, système budgétaire et financier régionalisé (S.B.F.R.), 15 octobre 2001.

Avec ces ressources, nous avons produit, à titre d'exemple, les volumes de services suivants :

231 000 hospitalisations *

154 000 chirurgies *

681 952 visites à l'urgence *

28 834 personnes âgées desservies à domicile, ayant reçu des visites **

13 300 personnes hébergées **

20 800 personnes traitées dans les centres de réadaptation en déficience physique *

12 600 personnes traitées pour des problèmes de toxicomanie *

10 100 signalements traités par les directions de la Protection de la jeunesse ***

5 300 enfants pris en charge suite à ces signalements ***

*2000-2001 **2001-2002 ***AS 480, 2001-2002

Pour reconnaître et optimiser l'ensemble du travail effectué par les établissements responsables de la livraison des services de santé et des services sociaux efficients, efficaces, pertinents et satisfaisants pour les personnes qui les reçoivent, nous misons notamment sur deux outils structurants et stimulants.

7.1.1 Les ententes de gestion avec les établissements

Historiquement au Québec, l'offre de services a évolué en fonction des ressources disponibles et des énergies déployées par les établissements pour assurer leur développement. Comme l'a montré la Commission Clair, cette approche doit, de toute urgence, être révisée afin d'assurer une meilleure intégration des services et d'améliorer l'efficience du système.

Avec les dernières modifications législatives, chaque régie a l'obligation de conclure une entente avec le ministère. Le contenu spécifique de ces ententes reste encore à élaborer mais on sait déjà qu'elles définiront des objectifs nationaux de santé et de bien-être, certains standards de qualité, le niveau d'activités qui devra être produit dans la région ainsi que les ressources allouées pour réaliser pour atteindre des résultats visés. Afin de conclure des ententes avec les régies, il va de soi que le ministère doit produire un plan stratégique national qui prendra en compte l'état de santé de la population, les besoins qui en découlent et les budgets consacrés par l'État à la santé et aux services sociaux.

Pour respecter son entente avec le ministère, la Régie doit, à son tour, signer une entente de gestion avec chacun des établissements de son territoire. Cette entente doit être élaborée en collaboration avec les établissements pour être transparente et équitable. Elle doit clarifier le mandat et les responsabilités des établissements, en plus de spécifier les résultats attendus ainsi que les indicateurs et moyens qui seront utilisés pour évaluer l'atteinte des résultats.

En tant que gestionnaires, dans les établissements comme à la Régie, notre défi consiste à concevoir ces ententes. Nous devons profiter de cette occasion pour améliorer nos façons de faire et garder en mémoire que notre système doit être souple, équitable et accessible pour donner son meilleur rendement.

Des ententes à quatre volets

De façon à refléter l'esprit de la loi et les exigences exprimées par le ministre, les ententes de gestion comprendront quatre volets. Le premier définira les volumes de services à offrir et le deuxième, les ressources accordées à l'établissement pour rendre ces services. Dans le troisième volet, on établira la contribution attendue de la part de l'établissement dans l'atteinte des objectifs nationaux et régionaux découlant des plans stratégiques du ministère et de la Régie. Le quatrième et dernier volet spécifiera les indicateurs et le processus d'évaluation qui seront utilisés pendant et à la fin de l'entente de gestion. Il est prévu que les ententes seront négociées chaque année, mais il est clair qu'elles s'inscriront dans une perspective triennale.

- 1er volet : les volumes de services

Définir la quantité de services requis pour répondre aux besoins de la population sera une tâche ardue et complexe. D'ailleurs, il est peu probable que l'opération puisse se réaliser en une seule année.

Dans les établissements, l'offre de services a été définie jusqu'à présent par rapport à l'offre de services des années précédentes : elle augmente lorsque des ressources s'ajoutent (indexation annuelle et budgets spéciaux) et se resserre en période de ralentissement. Cette façon de faire s'est enracinée au fil des ans et, l'idée même de prévoir l'offre de services requise dans chaque établissement pour répondre aux besoins de la population, constitue un défi majeur.

Même s'il est clair que ces questions ne pourront être résolues à court terme, on peut s'entendre sur la nécessité de réfléchir activement sur les moyens d'améliorer l'efficience du réseau et l'intégration des services. Par exemple, la chirurgie de la cataracte devrait-elle être offerte dans plusieurs hôpitaux ou seulement dans certains centres désignés ? Qu'en est-il pour l'obstétrique ou la chirurgie cardiaque ? Dans l'état actuel du réseau, de tels questionnements sont incontournables. Ils nous aideront, au cours des prochaines années, à voir comment définir l'offre de services pour chaque établissement.

L'entente de gestion est forcément appelée à évoluer avec le temps. Il faut donc s'attendre à ce que celles qui seront signées en 2003 ne contiennent pas tous les éléments assurant la plus grande efficience du réseau.

- 2e volet : l'allocation des ressources

Jusqu'à tout récemment, les ressources allouées aux établissements étaient calculées sur la base des budgets octroyés les années précédentes. Un taux d'indexation uniforme était appliqué, sans prendre en compte les variations de volumes d'activités ou la nature des services rendus. Chaque établissement, et c'était particulièrement vrai pour les hôpitaux de soins de courte durée, offrait la quantité et la variété de services que son personnel médical et ses ressources lui permettaient d'offrir. On sait aujourd'hui que cette approche a suscité la compétition entre les établissements et qu'elle a entraîné, par conséquent, un déficit structurel important.

La situation commence à changer et de nombreux travaux sont en cours, afin de déterminer le coût des services produits pour nos différentes clientèles. Ces travaux sont d'une grande importance, puisque le calcul des ressources à allouer à un établissement sera basé sur une estimation des coûts du volume d'activités convenu à la première partie de l'entente.

Le processus d'allocation qui sera appliqué via les ententes de gestion assurera une distribution plus équitable des ressources entre les établissements. Lorsqu'il sera bien rodé, ce processus aura aussi l'avantage de clarifier le rapport entre les volumes d'activités à réaliser et les ressources attribuées pour le faire. En outre, les conseils d'administration n'auront plus à choisir entre l'équilibre budgétaire et l'offre de services : ce sera à la Régie de prendre de telles décisions et d'en assumer les conséquences. Les administrateurs du réseau pourront ainsi gérer leur établissement en toute connaissance de cause, sans crainte d'être confrontés à des choix impossibles.

- 3e volet : la contribution à l'atteinte des objectifs nationaux et régionaux

Cette partie de l'entente de gestion vise à conférer à chaque établissement des responsabilités concrètes à l'égard de l'atteinte des objectifs définis par le ministère pour l'ensemble du Québec, et par la Régie pour la région de Montréal. Ces objectifs découleront des plans qui seront adoptés d'ici la fin du printemps 2003 à l'échelle régionale et nationale. Le processus d'information et de consultation menant à l'adoption du Plan montréalais d'amélioration de la santé et du bien-être 2003-2006 vise à ce que nos objectifs prioritaires fassent l'objet d'un consensus fort et suscitent l'adhésion à Montréal.

Il s'agira, une fois le plan stratégique régional adopté, de le traduire en actions concrètes réalisables pour chaque établissement. Il permettra aussi de baliser la planification stratégique des établissements pour assurer la cohérence et la coordination de l'ensemble du réseau.

- 4e volet : l'évaluation

Cette partie de l'entente de gestion vise à clarifier, dès le départ, les résultats attendus de la part de l'établissement ainsi que les indicateurs et le processus d'évaluation qui seront utilisés pendant la durée de l'entente.

La Régie proposera quatre grands critères d'évaluation : la satisfaction des clients (adaptation), la qualité des soins (efficacité), la pertinence des programmes et des interventions (pertinence) et la performance globale de l'établissement (efficience). Ce dernier critère pourra comprendre différents éléments dont, par exemple, l'atteinte des objectifs prévus à l'entente, le respect des budgets alloués, la satisfaction du personnel et la qualité du climat de travail ou tout autre indicateur convenu à l'avance.

Ici encore, il faudra investir temps et énergie pour concevoir des indicateurs et des instruments de mesure pertinents. Comme pour les autres volets, le choix des indicateurs et du processus d'évaluation devront être abordés dans une perspective d'amélioration continue.

L'approche montréalaise

La Régie de Montréal a choisi d'associer les gestionnaires d'établissements à la conception des ententes de gestion qu'ils seront appelés à conclure. Dans un premier temps, les regroupements régionaux d'établissements ont été invités à former des équipes de directeurs généraux désireux de participer à l'exercice. Des équipes ont été constituées, chacune correspondant à une grande catégorie d'établissements. Leur mandat : définir le canevas des ententes qui s'appliquera aux établissements de chaque catégorie.

Le développement de ces ententes, avec les établissements, se poursuit en complément avec le développement, au printemps 2003, d'une première entente de gestion entre la Régie régionale et le ministère de la Santé et des Services sociaux. Ces premières ententes seront influencées par les priorités soumises à la consultation, dans le cadre de

l'adoption du plan stratégique 2003-2006, « *La santé en actions* ». Une fois le plan final adopté, les ententes 2003-2004 pourront, le cas échéant, être révisées ou complétées en cours d'année. La synchronisation entre le plan stratégique et les ententes individuelles de gestion sera pleinement assurée pour les exercices 2004-2005 et 2005-2006.

7.1.2 Évaluer pour s'améliorer

L'évaluation dans une perspective d'amélioration continue de la santé et du bien-être de la population, ainsi que de la performance du réseau sociosanitaire est une priorité de la Régie régionale de Montréal depuis 1994.

Nous avons assuré une évaluation rigoureuse et transparente des résultats obtenus dans la réalisation de nos plans stratégiques précédents (« *L'atteinte d'un nouvel équilibre 1995-1998* » et « *Le Défi de l'accès 1998-2002* »). Pour ce faire, nous avons publié annuellement un tableau de bord faisant état des résultats obtenus sur trois dimensions :

- impact sur la santé et le bien-être (efficacité);
- satisfaction des usagers (réactivité);
- et efficience dans l'utilisation des ressources.

De plus, nous avons publié, à la fin de chaque plan, un bilan exhaustif permettant de rendre compte de ce qui a été fait ainsi que des résultats obtenus, et d'identifier ce qui avait bien fonctionné et ce qui n'avait pas réussi. À travers ces évaluations, nous avons toujours cherché à identifier des pistes d'amélioration pour l'avenir.

En matière de satisfaction des usagers, les outils développés couplés avec des outils informatiques (ex. : logiciel SEQUS) et des outils de formation (vidéo, CD-ROM) ont servi à l'implantation de programmes d'amélioration continue de la satisfaction dans 22 établissements de toutes les catégories. Ces projets ont démontré :

- la faisabilité d'implanter un tel programme de gestion des services à la clientèle dans tous les types d'établissements;
- l'impact positif sur la mobilisation des ressources humaines, d'une communication régulière des résultats de l'évaluation de la satisfaction des patients.

Les instruments développés dans le cadre de ce projet ont servi de base à ceux utilisés par le ministère pour l'évaluation de la satisfaction des usagers des hôpitaux et des CLSC. Les résultats de ces évaluations ont été rendues publiques par la publication, à l'automne 2002 et à l'hiver 2003 des Bulletins de santé.

Nous pensons maintenant que les conditions sont réunies pour généraliser, dans tous les établissements de Montréal, l'implantation d'un programme d'amélioration continue de la satisfaction des usagers adapté aux particularités de la région et pour inclure dans les ententes de gestion des objectifs dans ce domaine.

L'évolution législative récente en matière de respect des droits des usagers, d'agrément et de prestation sécuritaire des services de santé et des services sociaux vont tous dans le sens de l'amélioration de la qualité des services aux personnes.

En matière de services administratifs et de soutien, la Régie régionale a instauré et utilisé systématiquement le balisage avec les meilleures pratiques comme outil pour stimuler l'amélioration de l'efficience dans ces secteurs. La diffusion de bulletins annuels, permettant aux établissements de se comparer les uns avec les autres, a stimulé la recherche et l'implantation des meilleures façons de faire. Elle a contribué à une amélioration de l'efficience correspondant à une

réduction du pourcentage des dépenses consacrées aux services administratifs et de soutien.

Enfin, nous avions amorcé, avec quatre hôpitaux, l'implantation d'un outil d'évaluation de la pertinence des hospitalisations et des séjours, car il s'agit là d'un enjeu majeur.

En effet, même si une césarienne a été efficace, que l'intervention a été réalisée de façon efficiente au plan des coûts, que le personnel a traité la patiente avec respect et empathie, si l'intervention n'était pas requise, il y a un problème important. De la même façon, si les gens sont hospitalisés pour des conditions pouvant être traitées en première ligne, sur un mode ambulatoire, cela fait problème. Il en est de même si des patients sont hébergés dans un centre hospitalier universitaire ou que des jeunes, faute de pouvoir bénéficier de services sociaux de première ligne en CLSC, doivent être pris en charge en vertu de la Loi de la Protection de la jeunesse. La pertinence, c'est donc le bon service, au bon endroit et au bon moment.

Une approche intégrée d'évaluation des résultats et de la performance

Nous pensons donc que les jalons ont été posés à Montréal au cours des dernières années pour implanter, d'ici 2006, une approche d'évaluation intégrée de la performance de chacun des établissements et du réseau régional dans son ensemble.

Les résultats attendus

- Amélioration continue et observable de la pertinence, de l'efficacité, de l'efficience et de l'adaptation des services.
- Information à la population sur les résultats obtenus.

Les actions proposées

- Implanter un **outil informationnel** permettant d'évaluer l'atteinte des objectifs des plans régionaux et de suivre les ententes de gestion avec les établissements.
- Mettre sur pied cet outil informationnel, à partir des données actuellement disponibles, afin de suivre les objectifs inclus dans les plans régionaux et les ententes de gestion.
- Développer et valider, avec les acteurs du réseau, des indicateurs inclus ou à inclure dans le modèle d'évaluation de la performance du réseau régional et dans celui des établissements.
- Intégrer progressivement dans l'outil informationnel, de nouveaux indicateurs de performance du réseau et des établissements.

Qu'est-ce que c'est

Modèle d'évaluation des résultats et de la performance

Dans le cadre de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, la Régie doit élaborer un plan stratégique triennal d'organisation de services et des plans d'organisation de services, et négocier des ententes de gestion et d'imputabilité avec l'ensemble des établissements de la région. La Régie a également la charge d'évaluer « *...l'efficacité des services de santé et des services sociaux, le degré d'atteinte des objectifs poursuivis et le degré de satisfaction des usagers à l'égard des services* ».

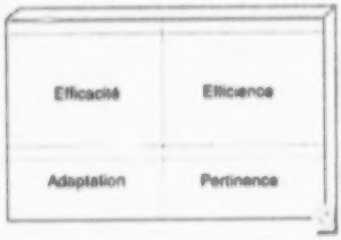
Pour ce faire, il est nécessaire de doter la région d'un outil d'évaluation globale de la performance du réseau et des établissements, en s'appuyant sur un cadre théorique solide et partagé par tous.

L'outil sera construit à partir d'un modèle à quatre quadrants mesurant chacun une dimension de la performance. Ce modèle s'inspire des cadres théoriques développés par l'OMS et l'ICIS et s'inscrit dans la perspective de l'évaluation équilibrée (*Balanced score cards*), développée à l'Université Harvard, aux États-Unis.

Les actions proposées (suite)

- Analyser des facteurs associés à la performance afin de dégager des pistes d'action pour améliorer les services.
- Évaluer les résultats en fonction des différentes variables géographiques et sociodémographiques.
- Diffuser des résultats de l'évaluation de la performance auprès des partenaires et de la population.
- Améliorer, de façon continue, la mesure de la performance.

En plus des quatre quadrants, le modèle prévoit l'évaluation de l'équité dans l'accès aux services et dans les résultats de santé et de bien-être en fonction des différents facteurs socioéconomiques pertinents.



Le modèle de performance n'est pas statique. Il évoluera selon les besoins et la pertinence de développer des indicateurs additionnels. Dans certains cas, le modèle pourra également servir à l'évaluation de la performance d'un continuum de services (personnes âgées, jeunesse, ...) ou à l'organisation de certains services (soins infirmiers, urgence, ...).

Pour réussir, ce projet doit pouvoir compter sur l'expertise des différents secteurs de la Régie (affaires médicales, main-d'œuvre, santé publique, information, gestion du réseau) afin de construire des indicateurs pertinents, fiables et valides. Le choix et la construction des indicateurs devront également se faire en étroite collaboration avec les établissements, afin de s'assurer que tous, dans le réseau, adhèrent à une notion commune de performance et que les informations diffusées soient efficacement utilisées pour améliorer les services. Pour cela, il faudra prévoir un plan de formation pour aider les intervenants à mieux comprendre et utiliser l'information sur la performance.

Les indicateurs utilisés pour mesurer les quatre dimensions du modèle seront développés de façon continue, durant les trois prochaines années. Ils seront choisis en fonction de leur capacité d'aider les décideurs et les intervenants à améliorer les services rendus à la population et ultimement la santé de la population. Le modèle de performance et ses indicateurs seront présentés sous la forme d'un outil informationnel, accessible à l'ensemble du réseau.

À moyen terme, ce processus nous amènera à peupler chacun des quadrants d'indicateurs pertinents en fonction des objectifs visés et des caractéristiques propres aux différents établissements, tout en nous permettant une évaluation plus équilibrée de la performance, qu'en ne ciblant qu'un ou deux facteurs comme l'équilibre budgétaire et les délais.

Il faut débuter simplement, de façon modeste, avec un nombre limité d'indicateurs, mais bien ciblés et couvrant les quatre dimensions fondamentales et enrichir le modèle par la suite.

Modèle d'évaluation des résultats et de la performance

Efficacité

Amélioration de la santé et du bien-être :
- Déterminants de la santé;
- Bien-être, mortalité, morbidité;
- Incapacité.

Impact des activités du réseau sur la santé :
- Impact sur la santé (amélioration/détérioration);
- Application des meilleures pratiques cliniques;
- Délais d'accès excessifs.

Prévention et promotion de la santé :
- Implantation des mesures de prévention;
- Intégration de la prévention dans le système de soins.

Efficience

Production des services :
- Volume produit versus volume attendu;
- Durée moyenne de séjour.

Gestion administrative et financière :
- Coûts attendus versus coûts réels (technique Bédard);
- Déficit et emprunt des établissements;
- Maintien et développement des actifs et des immobilisations.

Gestion des ressources humaines :
- Climat organisationnel (satisfaction, absentéisme…);
- Compétence et développement (formation continue…);
- Utilisation de la main-d'œuvre.

Adaptation

Satisfaction des usagers.

Adaptation et relation à l'environnement :
- Adaptation aux besoins de la communauté desservie;
- Relation avec la communauté (fondations, associations, universités…).

Pertinence et intégration

Pertinence des services :
- Application des meilleures pratiques de gestion;
- Utilisation des ressources selon les besoins des patients;
- Innovation.

Continuité et coordination des services.

Le modèle évalue l'équité dans l'accès aux services et dans les résultats de santé et de bien-être en fonction des différents facteurs socioéconomiques.

Des programmes d'amélioration de la satisfaction des usagers dans tous les établissements

La généralisation de tels programmes devrait contribuer à la cohérence entre les ententes de gestion, les bulletins de performance, le traitement des plaintes, l'accréditation et l'implantation de la Loi 113 sur la prestation sécuritaire des services dans le cadre d'une stratégie intégrée d'amélioration continue de la qualité. De plus, ces programmes devraient favoriser la mobilisation des médecins et du personnel.

Les résultats attendus

- Des programmes d'amélioration continue de la satisfaction des usagers dans tous les établissements.
- 60 % des patients très satisfaits dans tous les établissements et les services évalués.
- Une amélioration des résultats obtenus dans les Bulletins de santé 2002 et 2003 (hôpitaux et CLSC).

Les actions proposées

- Inclure des objectifs d'amélioration au chapitre de la satisfaction des usagers, dans les ententes de gestion à signer avec les établissements. Cela devrait commencer dès 2003-2004, en convenant d'objectifs d'amélioration en lien avec les résultat obtenus dans les Bulletins de santé des établissements concernés : hôpitaux, CLSC.
- Mettre à la disposition des établissements l'ensemble des instruments développés, incluant les supports informatiques (SEQUS, SIGP) nécessaires à la gestion des programmes d'amélioration sur le plan local et régional, permettant ainsi une évaluation continue.
- Évaluer périodiquement l'évolution des attentes de la population à l'égard des services de santé et des services sociaux et de leur degré d'importance relative.
- Supporter le Forum de la population dans l'élaboration de ses recommandations sur les moyens à implanter pour améliorer la satisfaction de la population.
- Supporter les gestionnaires et les commissaires locaux à la qualité des services dans la gestion des programmes d'amélioration continue de la qualité.
- Collaborer avec les organismes d'accréditation (Conseil canadien, Conseil québécois) à l'évolution cohérente et à l'harmonisation des outils d'évaluation utilisés en matière d'agrément, des bulletins de performance et de suivi des ententes de gestion.
- Veiller à l'application de la Loi 113 sur la prestation sécuritaire des services de santé et des services sociaux, en s'assurant que tous les établissements :
  - mettent sur pied un comité de gestion des risques et de la qualité
  - élaborent une politique de divulgation de tout accident ou incident
  - constituent un registre local pour la déclaration de tout accident ou incident.
- Implanter, dans tous les hôpitaux de soins généraux et spécialisés, un système d'évaluation de la pertinence des hospitalisations et des séjours.

Ressources financières additionnelles requises

7.1 Implanter de nouveaux outils de gestion orientés vers l'atteinte de résultats mesurés à partir d'objectifs préalablement fixés, la transparence et l'imputabilité :

- les ententes de gestion dans les établissements
- une évaluation équilibrée des résultats et de la performance

	BESOINS (M$)			
	Récurrent	Non récurrent	Immobilisations	Indexation
Soutien à l'implantation d'un système d'évaluation de la pertinence des hospitalisations et des séjours		4,8		
Généralisation du programme d'amélioration continue de la satisfaction des usagers		1,5		
TOTAL		**6,3**		

7.2 S'assurer de la disponibilité et de la mobilisation des médecins

La mise en œuvre des priorités du Plan montréalais d'amélioration de la santé et du bien-être 2003-2006 nécessite un deuxième défi de gestion, soit celui de déployer des stratégies efficaces pour s'assurer de la disponibilité et de la mobilisation des médecins.

Actuellement, nous pouvons compter, à Montréal, sur 1 747,4 médecins omnipraticiens ETP et sur 3 216 médecins spécialistes œuvrant dans 34 spécialités. Ces médecins desservent la population montréalaise mais aussi un nombre important de personnes des autres régions, notamment en médecine générale, où 16 % du travail réalisé par les omnipraticiens contribue à desservir près de 300 000 personnes ne résidant pas sur l'Île de Montréal.

La Régie régionale ne peut développer et gérer un réseau d'accessibilité de services sans la participation des médecins. Certaines instances médicales assistent déjà la Régie pour qu'elle assume cette responsabilité de façon éclairée et efficace, qu'il s'agisse du Département régional de médecine générale, de la Commission médicale régionale ou de la Direction des affaires médicales et universitaires.

Mais, le défi majeur pour la Régie est d'amener les médecins, tant en cabinet qu'en établissement, à adhérer à la vision régionale du plan d'organisation des services et à participer à sa mise en œuvre, en tenant compte des objectifs à atteindre et des ressources disponibles.

Pour relever ce défi, nous devons :

- Favoriser la participation.

  Les médecins connaissent bien les enjeux de l'organisation des services et des ressources nécessaires. Plusieurs d'entre eux ont acquis de l'expertise en gestion. Plutôt que de les consulter, après que des orientations aient été données à des dossiers, la Régie entend les associer à la démarche d'élaboration de projet avant, pendant et après les processus de décision.

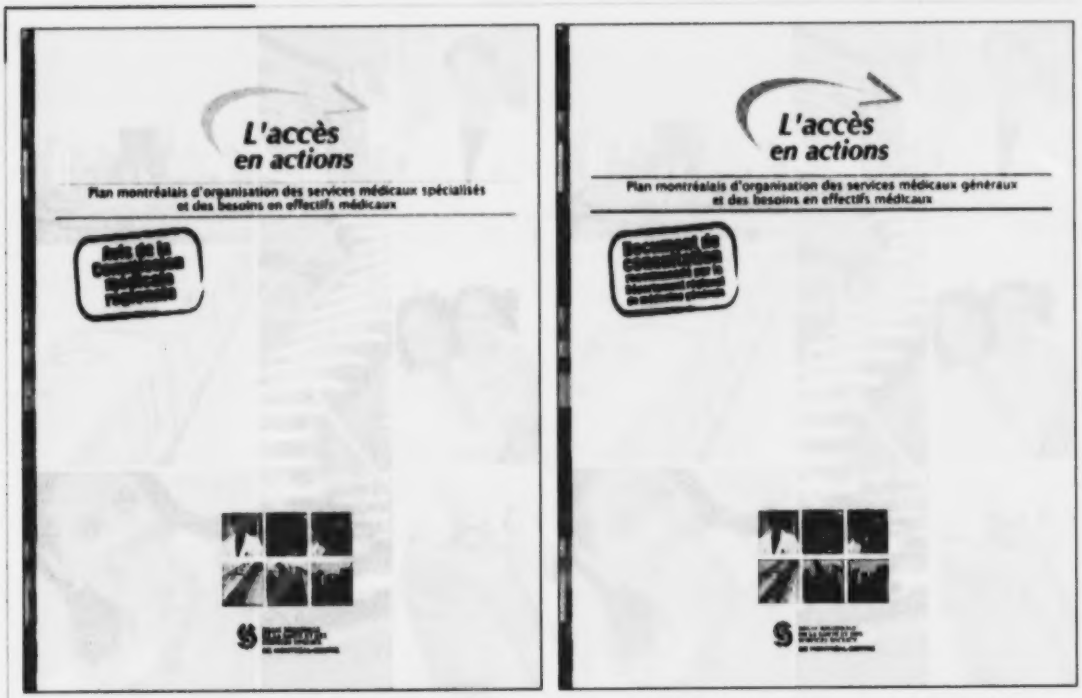
- Assurer des processus de prise de décision rapide.

  Bien qu'ils reconnaissent que le processus de décision dans une région comme Montréal soit complexe, les médecins s'attendent à ce qu'on réponde à leurs demandes d'une façon ou d'une autre dans les meilleurs délais.

- Entretenir des liens de communication avec les médecins.

  La Régie régionale doit continuer d'entretenir des liens très étroits avec les médecins, comme avec les autres acteurs du réseau, comme elle le fait déjà à travers le Département régional de médecine générale, la Commission médicale régionale, la mise sur pied d'une Direction des affaires médicales et universitaires qui sera au cœur du développement à Montréal dans les réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS).

  De plus, nous devons favoriser le déploiement des systèmes d'information et de communication connectant les médecins au réseau et leur donnant accès à l'information dont ils ont besoin pour traiter les patients en temps opportun.



Plan montréalais d'organisation des services médicaux spécialisés et des besoins en effectifs médicaux

Plan montréalais d'organisation des services médicaux généraux et des besoins en effectifs médicaux

C'est dans cette perspective que les deux projets de plan d'organisation des services médicaux, faisant partie intégrante de la consultation devant mener à l'adoption de notre plan stratégique 2003-2006, ont été élaborés par des médecins montréalais.

Les médecins sont consultés directement sur ces deux projets, ainsi que sur le plan stratégique et le plan d'action montréalais en santé publique. De plus, la synchronisation des processus favorise la cohérence et la transparence dans le processus de décision.

7.2.1 Les médecins généralistes

Le plan d'organisation

Dans le projet de Plan d'organisation des services médicaux généraux, le Département régional de médecine générale propose, comme but, l'amélioration de l'organisation des services médicaux de première ligne.

Le plan proposé met de l'avant six principes directeurs et des priorités pour l'action :

Principes directeurs

Le patient au centre de nos préoccupations :

- prise en charge
- continuité des soins et des services
- des soins globaux : prévenir, guérir, soigner
- accessibilité
- hiérarchisation des soins et des services médicaux
- collaboration interprofessionnelle et interétablissements

Source : Plan montréalais d'organisation des services médicaux généraux et des besoins en effectifs médicaux « *L'accès en actions* »

Les résultats attendus

- L'accès 365 jours par année à des services globaux assurant la prise en charge et la continuité.
- La prise en charge des clientèles vulnérables.

Les actions proposées

- Mettre sur pied un réseau de services intégrés médicaux de première ligne, accessible 365 jours par année, assurant des soins globaux, la prise en charge et la continuité pour l'ensemble de la population à desservir, favorisant et supportant le regroupement des ressources médicales existantes.
- Assurer la prise en charge, dans une perspective de complémentarité avec le réseau, des clientèles vulnérables en perte d'autonomie dû au vieillissement, à une maladie chronique ou à une maladie terminale et ce, dans chacune des sous-régions.
- Implanter l'organisation des services médicaux de première ligne pour les clientèles avec problèmes de santé mentale, dans un modèle de soins partagés entre les omnipraticiens et les équipes spécialisées en psychiatrie, pour un réseau intégré de soins continus en psychiatrie dans chacune des sous-régions du Département régional de médecine générale.
- Intégrer les pratiques cliniques préventives dans l'exercice médical courant

De plus, dans le projet de Plan d'organisation des services médicaux généraux, le Département réitère la nécessité d'avoir, en première ligne, accès, dans les meilleurs délais, aux services diagnostiques et aux services médicaux spécialisés.

Ces propositions sont cohérentes avec les actions proposées dans le cadre des priorités montréalaises 2003-2006 présentées au chapitre 5, notamment celles concernant :

- le développement des groupes de médecine de famille (GMF);

Les actions proposées (suite)

- le réseau d'accès rapide aux services diagnostiques;
- les réseaux intégrés pour les clientèles vulnérables;
- la prévention.

La consultation des médecins et de l'ensemble du milieu nous permettra de bonifier les projets soumis à la consultation. Par la suite, le Département régional de médecine générale déposera, pour adoption, un projet révisé de plan d'organisation des services médicaux généraux.

Le plan d'effectifs

Les données de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ), analysées dans le projet de Plan montréalais d'organisation des services médicaux généraux démontrent clairement que, de 1992 à 2001, la pratique médicale s'est déplacée vers les établissements tels que les CLSC et les CHSLD au détriment des services dans les cabinets et les cliniques (-107,7 ETP). Comme ces derniers constituent la principale porte d'entrée pour assurer l'accessibilité aux services médicaux, cette constatation préoccupe le Département régional de médecine générale.

Les activités des médecins omnipraticiens ETP exerçant en soins de première ligne dans la région de Montréal[19]

Années	Cabinets médicaux	CLSC	CHSLD	Total en première ligne
1992-1993	1 017,7	81,3	60,3	1 159,3
1993-1994	1 005,8	132,6	69,8	1 208,2
1994-1995	1 004,3	140,7	73,1	1 218,1
1995-1996	997,4	155,3	71,1	1 223,7
1996-1997	985,9	156,4	68,6	1 210,9
1997-1998	939,2	151,7	71,0	1 161,9
1998-1999	916,3	146,1	68,2	1 130,6
1999-2000	926,8	148,2	76,1	1 151,2
2000-2001	910,0	151,9	83,3	1 145,2

Le réseau hospitalier, largement développé dans notre région à vocation régionale, extrarégionale et nationale constitue un pilier dans notre réseau de la santé. Près du tiers (30,2 %) des activités des omnipraticiens exerçant à Montréal se fait en deuxième ligne, où on remarque une augmentation des activités à l'urgence, malgré le fait que, dans l'ensemble, le nombre d'omnipraticiens a diminué de 75 ETP depuis 1995-1996, soit une baisse de 6 % de l'effectif.

19 | Collaboration-complémentarité entre établissements : partage des effectifs, Comité PROSEM, CMR, mai 2002, annexe 2

Les activités des médecins omnipraticiens ETP exerçant en soins de deuxième ligne dans la région de Montréal[20]

Années	ETP en CHSGS dans la région	ETP hospitalisation dans la région	ETP urgence	% en soins de deuxième ligne
1992-1993	520,00	174,49	170,19	29,7
1993-1994	525,40	180,38	178,37	29,8
1994-1995	526,04	173,91	185,50	29,6
1995-1996	515,42	162,49	183,42	29,2
1996-1997	490,11	165,70	173,77	28,4
1997-1998	473,75	158,50	176,49	28,4
1998-1999	459,67	157,78	180,76	28,3
1999-2000	476,68	165,24	191,58	28,6
2000-2001	511,21	181,37	205,73	30,2

Le maintien d'un juste équilibre entre les activités de première ligne et de deuxième ligne est un enjeu important afin de prévenir des ruptures de services.

Il faut établir les besoins de la région en services médicaux en tenant compte de la répartition des effectifs médicaux entre les services de première, deuxième et troisième ligne, et les problématiques qui caractérisent notre territoire.

En l'absence de données-terrain validées, les principales sources d'information utilisées sont celles du MSSS et de la FMOQ.

L'utilisation de la méthode de calcul proposée par la FMOQ nous indique un déficit de 188 omnipraticiens à Montréal :

- déficit omnipraticien en première ligne : 135
- déficit omnipraticien en salle d'urgence : 16
- déficit omnipraticien en deuxième ligne : 37

Par ailleurs, le DRMG croit que ce déficit n'est pas que de 188 médecins mais plutôt de 315 omnipraticiens à Montréal. Ses calculs tiennent compte du bassin de desserte réel, des facteurs de pondération selon l'âge, le sexe et la situation socioéconomique de la population montréalaise ainsi que du volume de médecins omnipraticiens œuvrant en santé publique et en éducation.

Consciente de la pénurie provinciale en ressources médicales qui entraînera des choix difficiles à faire, la région de

20 | Collaboration complémentarité entre établissements : partage des effectifs, Comité PROSEM, CMR, mai 2002, annexe 2

Montréal cherche à participer à une répartition équitable des effectifs médicaux, sans pour autant être privée d'une quote-part légitime. Le défi d'organiser une première ligne fonctionnelle, en mobilisant les ressources médicales intrarégionales ne suffira pas à maintenir les acquis en deuxième ligne sans ressources supplémentaires, compte tenu de la conjoncture actuelle.

Pour ce faire, le Département régional de médecine générale recommande d'établir une planification et une gestion des effectifs médicaux adaptées à la situation montréalaise, avec la collaboration de tous, et de partager un même objectif : répondre le mieux possible aux besoins de santé de notre population, en tenant compte des priorités établies.

Les résultats attendus

- Un plan d'effectifs médicaux permettant la réalisation des priorités 2003-2006 et le maintien des services de deuxième ligne.

Les actions proposées

- Élaborer le plan régional des effectifs médicaux généraux en conformité avec les orientations ministérielles et les besoins de notre région et faire connaître les règles de gestion.
- Mettre à jour et évaluer les besoins en omnipratique dans tous les établissements de notre région, afin de déterminer les établissements et les secteurs prioritaires qui présentent des besoins réels et immédiats en effectifs médicaux, dans l'ordre suivant :
  1. centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés
  2. CLSC et cabinets
  3. centres d'hébergement et de soins de longue durée et centres hospitaliers de soins psychiatriques
  4. centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant une mission de réadaptation, centres de réadaptation, etc.
- Établir des critères de répartition et de besoins relatifs aux effectifs médicaux adaptés à la réalité de notre région, afin de sauvegarder les acquis et d'assurer une deuxième ligne, sans interruption de services.
- Identifier et dresser une liste des activités médicales particulières et des secteurs priorisés afin de maintenir la pratique omnipratique en deuxième ligne, sans fragiliser la première ligne.
- Mettre en œuvre la réorganisation de la première ligne et évaluer les besoins nécessaires en effectifs, afin d'assurer l'accessibilité, la prise en charge et la continuité des services médicaux adaptés aux besoins de la population.
- Adapter le plan régional des effectifs médicaux en fonction des plans d'organisation et des effectifs médicaux des établissements et du Plan montréalais d'organisation des services médicaux généraux du Département régional de médecine générale.

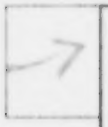
7.2.2 Les médecins spécialistes

Le plan d'organisation

Dans le cas des médecins spécialistes, la Commission médicale régionale, qui joue un rôle consultatif auprès du conseil d'administration de la Régie, a élaboré un avis proposant les bases sur lesquelles on devrait élaborer le plan régional d'organisation des services médicaux spécialisés et les plans d'effectifs dans les 34 spécialités concernées.

Première partie : « L'interface omnipraticiens-spécialistes dans un réseau d'accessibilité » :

La hiérarchisation des services médicaux et la définition des champs d'exercice



Recommandations de la Commission médicale régionale (CMR)

- Que le conseil d'administration de la Régie régionale de Montréal fasse sien le concept de la hiérarchisation des services médicaux ci-énoncés.
- Que le président-directeur général de la Régie régionale :
  - sensibilise toutes les directions de la Régie régionale de sa volonté que l'organisation des services médicaux généraux et spécialisés sur le territoire de la Régie régionale de Montréal respecte et repose sur ce concept;
  - sensibilise toutes les directions générales, les directions des services professionnels, les conseils des médecins, dentistes et pharmaciens des établissements, et tous les médecins du territoire, de sa volonté que l'organisation des services médicaux généraux et spécialisés sur le territoire de la Régie régionale de Montréal respecte et repose sur ce concept;
  - fasse des représentations concertées auprès des facultés de médecine et du Collège des médecins du Québec pour que la formation des médecins les prépare à assumer adéquatement le rôle de médecins de première ligne ou de deuxième ligne et de troisième ligne;
  - fasse des représentations auprès des fédérations médicales et du ministère pour qu'ils acceptent ce concept et qu'ils mettent en place des moyens concrets pour favoriser la hiérarchisation des services médicaux (ex. : mode de rémunération, adaptation des plans régionaux des effectifs médicaux, des budgets, du réseau de communication, etc.);
  - sensibilise la population à consulter un médecin omnipraticien avant de se diriger vers les services spécialisés.
- Que la Direction des affaires médicales et le Département régional de médecine générale collaborent étroitement dans cette organisation des services, dans le respect de ce concept de hiérarchisation.

L'accessibilité au plateau technique

Afin de rendre disponible le niveau d'accessibilité requis pour une bonne prise en charge des problèmes de santé des patients, la Commission médicale régionale recommande :

Recommandations de la Commission médicale régionale (CMR)

- Que la Régie régionale élabore, en collaboration avec les établissements et les cliniques hors établissement, un plan d'action afin de rendre accessible un plateau technique qui réponde aux besoins d'un réseau de première ligne bien organisé sur tout le territoire selon un horaire élargi, 7 jours par semaine, qui tienne compte des situations cliniques reconnues urgentes, semi-urgentes et électives.
- Que des ententes de services soient faites entre la Régie régionale et les cliniques hors établissement afin d'assurer l'accessibilité au plateau technique, sans déboursé additionnel, pour tous les patients.
- Que la Régie régionale identifie et fasse connaître à tous les médecins la liste des lieux où ces services pourront être disponibles dans les délais établis.
- Qu'un comité conjoint (Direction des affaires médicales - Commission médicale régionale - Département régional de médecine générale) de suivi puisse conseiller la Régie régionale sur les orientations à privilégier, tenant compte des contraintes identifiées, afin de doter le réseau de première ligne des outils nécessaires à l'accomplissement de son rôle selon les différentes situations cliniques sur tout le territoire.
- Que l'informatisation du réseau et le déploiement des technologies modernes de communication puissent supporter et permettre l'organisation des services médicaux de première ligne.
- Que la Direction des affaires médicales de la Régie régionale de Montréal sollicite la participation du Collège des médecins du Québec, en lien avec les différentes instances impliquées dans la formation médicale (les universités, les associations et les fédérations professionnelles) afin d'optimiser l'utilisation appropriée de ce plateau technique (objectifs de formation prédoctorale, éducation médicale continue, conception, mise à jour et diffusion de guides d'utilisation).
- Que la Régie régionale, en collaboration avec les établissements et les cliniques affiliées par entente de services, favorise l'implantation d'un mécanisme d'évaluation pour permettre de réagir efficacement si les délais d'accès au plateau technique deviennent inacceptables
- Que la Régie régionale, sur une base annuelle, fasse rapport à la Commission médicale régionale de l'état de réalisation de ces recommandations.

L'accessibilité à la consultation en spécialité

Afin de rendre disponible le niveau d'accessibilité requis pour une bonne prise en charge des problèmes de santé des patients, assumant les effectifs médicaux suffisants, la Commission médicale régionale recommande :

Recommandations de la Commission médicale régionale (CMR)

- Que la Régie régionale de Montréal supporte, de façon prioritaire, l'informatisation des lieux de consultations des médecins requérants et consultants, avec les liens nécessaires au Réseau de télécommunication sociosanitaire (RTSS).
- Que la Régie régionale de Montréal demande et supporte, dès maintenant, auprès des établissements de son territoire, l'optimisation de l'utilisation des technologies modernes de communication (télécopie, courrier électronique sécurisé) ainsi que du support clérical requis par les médecins spécialistes pour transmettre les informations pertinentes aux médecins référants.
- Que la Direction des affaires médicales de la Régie régionale sollicite l'implication du Collège des médecins du Québec afin d'améliorer la qualité des informations échangées entre les spécialistes consultants et les médecins référants (demandes de consultation précises et accompagnées de toutes

Recommandations de la Commission médicale régionale (CMR) (suite)

les informations pertinentes, rapports de consultation les plus informatifs possibles au sujet des plans d'investigation, de traitement et de suivi, rapports d'évolution avec résultats de tests subséquents).

- Que la Régie régionale de Montréal, en collaboration avec les établissements encourage l'utilisation d'un formulaire standardisé de résumé d'information médicale sommaire lors du congé d'un patient hospitalisé.
- Que la Régie régionale identifie et fasse connaître à tous les médecins la liste des lieux où ces services de consultation spécialisée pourront être disponibles dans les délais établis, et s'assure de la mise à jour périodique de cette information.
- Que la Régie régionale sollicite les associations de médecins spécialistes et les directions des services professionnels des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés de notre territoire, afin de choisir les moyens qui permettront de lever les contraintes à la réalisation des objectifs d'accessibilité dans les différentes sous-régions.
- Que la Régie régionale, en collaboration avec les établissements, favorise l'implantation d'un mécanisme d'évaluation pour permettre de réagir efficacement si les délais d'accès aux consultations en cliniques externes spécialisées deviennent inacceptables.
- Que la Régie régionale, sur une base annuelle, fasse rapport à la Commission médicale régionale de l'état de réalisation de ces recommandations.

Deuxième partie : « Principes directeurs devant guider son développement - Le réseautage : un modèle pour des services plus accessibles » :

La collaboration et la complémentarité entre établissements, avec autonomie relative dans chacune des sous-régions

Recommandations de la Commission médicale régionale (CMR)

- Que la Table des directeurs des services professionnels, en utilisant notamment l'enquête récente de la Direction des affaires médicales et universitaires[21] sur les pénuries réelles et appréhendées des effectifs médicaux spécialisés, identifie pour la Régie régionale les établissements, les départements et les services cliniques spécialisés dont la situation reflète une ou plusieurs des problématiques évoquées dans les prémisses et qui seraient intéressés à participer, sur une base volontaire, au développement d'un projet de collaboration et de complémentarité entre établissements. Dans le cas où deux établissements seraient en pénurie d'effectifs dans la même discipline, la Direction des affaires médicales et universitaires déterminera lequel des deux pourrait bénéficier d'un ajout d'effectifs médicaux dans le cadre d'une entente entre établissements.
- Que la Régie régionale et les établissements concernés collaborent à l'identification et à la mise en place des conditions gagnantes pour chacun des établissements participants, telles que :
  - L'organisation des services médicaux visés, incluant la garde ;
  - Les ressources humaines et matérielles nécessaires pour l'utilisation efficace et efficiente des effectifs médicaux spécialisés qui feront l'objet des ententes.
  - La budgétisation nécessaire, tenant compte, entre autres;
    - de la croissance des coûts, là où les services sont rendus
    - de l'augmentation de l'offre de service.

21 | Collaboration complémentarité entre établissements - partage des effectifs, Comité PROSEM, CMR, mai 2002, annexe 2

Recommandations de la Commission médicale régionale (CMR) (suite)

- Que la Direction des affaires médicales et universitaires, en concertation avec la Commission médicale régionale, gère les effectifs médicaux de façon à favoriser la complémentarité des services et le partage des effectifs, notamment par l'utilisation du mécanisme de dérogation, lorsque indiqué.
- Que la Direction des affaires médicales et universitaires obtienne du ministère l'autorisation de gérer les effectifs médicaux sur une base régionale, dans le cas d'une pénurie régionale d'effectifs médicaux dans une spécialité.
- Que la Table des directeurs des services professionnels, la Direction des affaires médicales et universitaires et la Direction des services spécialisés, ultraspécialisés et de réadaptation en santé physique, identifient les services dans les établissements universitaires, qui pourraient être offerts dans des établissements non universitaires, dans le cadre d'une complémentarité et une collaboration entre eux. Ce type de collaboration peut aussi se développer entre les hôpitaux non universitaires et les hôpitaux universitaires.

  Dans ce contexte, l'établissement, dont la couverture des services serait assurée par les effectifs d'un autre établissement, devrait lui permettre d'utiliser les ressources humaines et matérielles pour les services qui y seraient transférés : ex. : utilisation du bloc opératoire pour chirurgie.
- Que la Régie régionale et le ministère acceptent comme modèle un contrat[22] et qu'ils en considèrent son implantation et sa diffusion. Ce contrat définit les balises permettant aux établissements de partager des effectifs médicaux spécialisés et des corridors de services, dans le respect de leurs missions respectives.

Le maintien d'une masse critique de patients et d'effectifs médicaux essentielle à la qualité des soins et au maintien de la compétence professionnelle

La Commission médicale régionale s'inquiète d'un certain nombre d'éléments qui pourraient empêcher l'optimisation des soins et de la compétence professionnelle des médecins:

- L'accessibilité de plus en plus difficile au bloc opératoire, par manque de ressources;
- L'isolement de médecins spécialistes, à cause du manque d'effectifs : un ou deux médecins spécialistes dans certains hôpitaux de soins spécialisés généraux non universitaires;
- L'absence de masse critique de patients porteurs de conditions qui nécessitent de l'expertise. Dans son bulletin de juin 2002[23], « l'American College of Surgeons » publie un article avec revue de la littérature sur la relation entre le volume des activités et les résultats cliniques en chirurgie. Ce document montre une différence dans le taux de mortalité dans les hôpitaux où le débit chirurgical pour une intervention précise est élevé en comparaison aux hôpitaux où le débit pour la même intervention est faible. Cette constatation est vraie non seulement pour des interventions compliquées, mais aussi pour de simples interventions. Plusieurs études de la littérature médicale supportent ces affirmations.

22 L'interface de la première ligne et de la deuxième ligne en santé mentale. Association des médecins psychiatres du Québec, 12 avril 2002
23 Bulletin of the American College of Surgeons, juin 2002, pp 21-26

Recommandations de la Commission médicale régionale (CMR)

- Que la Table de concertation permanente sur la planification de l'effectif médical au Québec se penche sur ces aspects et en tienne compte dans la prochaine planification de l'effectif médical.
- De même, la Commission médicale recommande que la Régie régionale et les établissements s'entendent pour concentrer certains types d'activités chirurgicales et pour faciliter l'accessibilité au bloc opératoire.

  De plus, la Commission a élaboré des principes qui devraient être respectés lorsque des processus de concentration des services médicaux spécialisés et de désignation de centres hospitaliers sont entrepris. Les recommandations de la Commission sur ces sujets ont déjà été présentées au chapitre 5, à l'intérieur de la priorité 5.4 « Assurer l'accès aux services médicaux et hospitaliers à l'intérieur des délais recommandés ».

Les cliniques médicales affiliées

La Commission médicale régionale endosse le concept mis de l'avant par la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ) voulant que les cliniques de médecins spécialistes soient le prolongement des établissements. La Commission médicale régionale estime qu'il y a une certaine urgence à ce qu'il y ait une entente entre les parties concernées, si on veut réaliser les objectifs suivants :

- diminuer la pression sur le réseau hospitalier;
- rendre accessibles des services à la population, en respectant le principe de leur gratuité;
- permettre à la première ligne médicale d'être fonctionnelle.

La Commission médicale régionale estime que cette approche est porteuse de solutions facilitant l'accessibilité à des services importants.

Recommandations de la Commission médicale régionale (CMR)

- Que le président-directeur général de la Régie régionale intervienne auprès du ministère pour que soient mises en place, avec la collaboration de la Fédération des médecins spécialistes, des cliniques médicales affiliées.

Le plan d'effectifs

Au 1er décembre 2001, il y avait 3 163 médecins spécialistes au plan d'effectifs avec un objectif ministériel de croissance de 68, soit 3 231 postes autorisés au 31 mars 2002. Selon la facturation à la Régie de l'assurance maladie du Québec, il y avait 3 216 médecins spécialistes, soit une différence de -15.

Enfin, le fait qu'un établissement ne comporte pas d'effectifs dans une spécialité ne signifie pas qu'il n'offre pas les services, puisqu'il peut le faire via des ententes avec d'autres établissements ou directement avec des médecins qui y ont le statut de membres associés.

La Commission a élaboré une série de recommandations concernant :

- la méthodologie pour définir les besoins en effectifs médicaux spécialisés
- les spécialités de base qui doivent être présentes dans tous les centres hospitaliers qui opèrent une salle d'urgence

Spécialités de base	
anatomopathologie	psychiatrie
anesthésiologie	chirurgie orthopédique
chirurgie générale	gynécologie
médecine interne	radiologie diagnostique

- les autres spécialités médicales, chirurgicales et les spécialités de laboratoire;
- la concentration des services et des effectifs médicaux ultraspécialisés;
- l'organisation des services médicaux spécialisés sur une base sous-régionale.

À la demande de la Commission, ces recommandations présentées de façon détaillée dans son avis[24] ont fait l'objet d'une consultation auprès des principaux groupes concernés, plus particulièrement les conseils des médecins, dentistes et pharmaciens, les directeurs des services professionnels, le Collège et les associations professionnelles des médecins, de même que les deux facultés de médecine.

Cet avis sera évidemment un des éléments importants à considérer, avec le contenu de la nouvelle entente qui vient d'être conclue avec la Fédération des médecins spécialistes, lors de l'élaboration des plans régionaux d'organisation des services et des plans d'effectifs par spécialité, que nous avons à adopter au cours des prochains mois et des prochaines années.

24 « *L'accès en actions* », Plan montréalais d'organisation des services médicaux spécialisés et des besoins en effectifs médicaux, Avis de la Commission médicale régionale, Décembre 2002

7.3 S'assurer de la disponibilité et de la mobilisation de la main-d'œuvre

La réalisation des priorités telles qu'énoncées au chapitre 5 nécessite une injection significative de ressources. Dans l'absolu, la contribution de plus de 4 000 personnes additionnelles serait requise. Dans le contexte de pénurie actuelle et appréhendée, nous sommes forcés de constater que les solutions aux problématiques du réseau ne pourront s'implanter en utilisant les approches traditionnelles.

Certaines réflexions en ce domaine deviennent alors incontournables :

L'actualisation de la Loi 90 et les exercices d'organisation du travail nous permettront-ils de réallouer certaines ressources ?

Comment la technologie peut-elle soutenir notre efficience ?

Quels sont les développements véritablement incontournables ?

Quelle pourrait être la contribution des organismes communautaires, du secteur de l'économie sociale, des professionnels en cabinets privés et des entreprises privées ?

Les aidants naturels pourraient-ils assumer le recours à certains services par le biais d'une allocation directe ?

Le réalisme dans la réalisation de nos projets nous obligera à être imaginatifs dans l'utilisation des ressources.

Actuellement, 84 200 personnes œuvrent dans le réseau montréalais de la santé et des services sociaux. C'est la disponibilité de ces personnes qui assure l'accès aux services et c'est leur degré de mobilisation qui en assure la qualité.

Un de nos principaux défis de gestion est de s'assurer de maintenir cette disponibilité et cette mobilisation. Le Plan 2003-2006 propose d'augmenter, de façon significative, les ressources disponibles à Montréal, au moment même où les régions voisines, où réside une partie de notre main-d'œuvre connaîtront des développements importants. Comment trouver les personnes additionnelles dont nous aurons besoin; comment organiser, de façon optimale, les ressources que nous avons déjà; comment contourner les pénuries dans certains domaines ? Voilà notre défi collectif.

Les mesures proposées nécessitent :

- du personnel infirmier (implantation des GMF);
- du personnel du domaine social (accroître les services pour les jeunes en CLSC);
- du personnel des domaines de la réadaptation, de la nutrition, de la pharmacie (renforcer les équipes multidisciplinaires des CLSC par la prise en charge des malades chroniques);
- des auxiliaires familiales, des infirmières auxiliaires (accroître les services de soutien à domicile pour les personnes âgées en perte d'autonomie);
- des travailleurs communautaires (réduire l'impact des inégalités sociales sur la santé par des mesures efficaces de prévention, développer les logements sociaux avec services communautaires).

Il y a aussi des actions proposées qui ne nécessitent pas l'embauche de personnel additionnel, car elles impliquent l'achat d'équipements ou de fournitures médicales, ou qui peuvent se faire par une allocation directe aux usagers (répit pour les aidants naturels, soutien à domicile pour les personnes ayant une déficience physique).

Nous avons donc à trouver les meilleures solutions pour améliorer les services, en mettant d'abord à contribution le

personnel qui œuvre déjà au sein du réseau et en faisant les choix les plus judicieux possibles en matière d'organisation du travail, pour être à même d'ajouter les bonnes personnes aux bons endroits avec les développements budgétaires que nous obtiendrons.

Les priorités mises de l'avant pour la période 2003-2006 appellent des changements importants à l'organisation de l'offre de services et ce faisant, à l'organisation du travail. Par ailleurs, les projections démographiques nous confirment que les pénuries de main-d'œuvre constatées dans de nombreux secteurs d'activités ne sont pas temporaires et risquent plutôt de se développer davantage, en raison de la diminution du nombre de jeunes dans la société québécoise et du départ à la retraite de nombreux « baby boomers » au cours des prochaines années.

C'est donc à plus d'un titre que nous devrons nous préoccuper de la disponibilité d'une main-d'œuvre compétente et mobilisée.

Il est maintenant reconnu que la mobilisation repose sur de nombreux leviers, sur des éléments moteurs nombreux et diversifiés; s'inspirant de l'approche proposée par le professeur Michel Tremblay des HEC, l'identification de ces leviers nous permet donc d'aborder le dossier de la main-d'œuvre, non pas dans une approche de contrôle, mais davantage par une stratégie plus globale d'amélioration continue de la santé organisationnelle.

7.3.1 Se doter d'un plan de main-d'œuvre intégré

La première étape des actions requises passe par un portrait et une analyse de la situation. Nous devons nous doter d'un plan de main-d'œuvre intégré pour soutenir l'offre de services prévue de 2003 à 2006. Ce plan devra inclure la disponibilité d'informations locales et régionales et des plans d'action spécifiques pour les secteurs déjà en pénurie.

Le réseau régional d'établissements de santé et de services sociaux comprend une main-d'œuvre importante et diversifiée avec ses 84 200 personnes. La main-d'œuvre régionale se caractérise principalement par 75 % de femmes et 25 % d'hommes, par 15 % de professionnels, 30 % de techniciens, 4 % de cadres et 50 % de soutien clinique, logistique et administratif, tous représentants plus de 500 titres d'emploi. En terme de statuts, on compte 48 % de personnel à temps complet régulier, 25 % à temps partiel régulier et 27 % de personnel à temps partiel occasionnel (données au 31 mars 2002).

Un nombre important de personnes quittent le réseau chaque année en raison de retraites bien méritées ou en raison du niveau d'exigences et des conditions d'exercice difficiles. Selon une cueillette de données réalisée au printemps 2002, le secteur des soins infirmiers a connu depuis l'an 2000 plus de 2 000 départ et autant d'arrivées, ce qui représente beaucoup d'investissements pour recruter, intégrer et former du nouveau personnel.

Le réseau compte déjà plusieurs secteurs d'emploi en situation de pénurie tels que les soins infirmiers, la réadaptation (inhalothérapie), l'éducation spécialisée.

Actuellement, on compte 25 % de la main-d'œuvre du réseau qui est âgée de 50 ans et plus. Au cours des prochaines années, cette proportion augmentera et des milliers de personnes seront éligibles à la retraite. Un estimé à partir de ces données pourrait représenter plus de cinquante départs à la retraite par semaine dans le réseau montréalais d'ici l'an 2008.

Le vieillissement de la population a pour effet de réduire le bassin de recrutement des jeunes sur le marché de l'emploi et pourrait donc sérieusement aggraver les pénuries, compte tenu des besoins de renouvellement suite aux départs à la retraite. Aucune prévision générale complète ne permet à ce jour d'avoir une idée de l'ampleur de ce

changement pour tout le réseau montréalais.

Les pénuries actuelles fragilisent la capacité de rendre les services à la population et pourraient sérieusement diminuer l'offre de services futur par le réseau public. Seuls un plan stratégique et des actions concertées et soutenues permettront d'atténuer les impacts et de prévenir davantage les situations de rupture de services.

Une voie de solution est d'implanter une démarche et des outils intégrés de gestion prévisionnelle de la main-d'œuvre, en collaboration avec les établissements.

Les résultats attendus

- Dépôt d'un plan local de main-d'œuvre par chaque établissement (effectifs en places et besoins prévisionnels).
- Plan d'action régional pour chaque secteur d'emploi en situation de pénurie.

Les actions proposées

- Articuler une planification de main-d'œuvre intégrée entre les établissements et la Régie régionale, de façon à agir plus rapidement pour répondre aux besoins prévisionnels quantitatifs et qualitatifs.
- Fournir à chaque établissement un outil et le support nécessaires à la planification de ses besoins et l'évolution de ses effectifs, en lien avec les plans régionaux de services.
- Élaborer en concertation avec les établissements, un plan d'action spécifique pour chaque secteur d'emploi en situation de pénurie tels que les soins infirmiers, les services psychosociaux, la réadaptation, les services administratifs et les services reliés aux ressources matérielles.
- Réaliser des actions régionales ciblées et concertées pour favoriser la rétention, contrer les pénuries, en réduire les coûts sur le plan local, éviter les dédoublements d'actions.
- Se doter d'un système d'information intégré (Régie régionale - établissements), simple et efficace, pour mieux estimer les besoins et permettre une répartition des ajouts de personnel selon les priorités établies (court, moyen et long termes).

7.3.2 Réviser l'organisation du travail

Le plan de main-d'œuvre devra être accompagné d'un programme généralisé de révision d'organisation du travail afin d'utiliser, de façon optimale, les ressources disponibles.

Ce programme, pour qu'il donne les résultats escomptés, devra s'accompagner d'investissements spécifiques dans les équipements et outils technologiques. Ces acquisitions viseront à augmenter l'efficience des interventions et à améliorer les conditions d'exercice.

L'organisation actuelle du travail dans les établissements de santé et de services sociaux correspond à un mouvement passé de professionnalisation centré sur des fonctions ou postes indépendants les uns des autres.

L'évolution des pratiques et des services implique une plus grande collaboration et complémentarité de personnes occupant diverses fonctions et partageant des responsabilités envers une même clientèle. Elle nécessitera aussi la collaboration des syndicats et des ordres professionnels.

Également, il est de plus en plus reconnu que certaines personnes exécutent des tâches qui pourraient être accomplies par d'autres types de personnels. Cette réalité agit défavorablement sur la motivation des employés qui se sentent sous utilisés. Des actions structurées de rééquilibrage auraient pour effet de revaloriser les personnes et d'assurer une meilleure utilisation de leurs compétences.

Avec le soutien de la Régie régionale, le secteur des soins infirmiers, principalement dans les hôpitaux de courte durée, participe à un programme de révision de l'organisation du travail depuis le début de 2002. Il s'agit là de l'amorce de projets concrets en établissements avec l'implication de tous les partenaires concernés. Les objectifs poursuivis par ces projets sont de revoir le rôle de l'ensemble du personnel aux soins, et plus particulièrement celui de l'infirmière, pour une meilleure utilisation de leurs compétences et une valorisation des contributions attendues.

Enfin, l'adoption récente de la nouvelle Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé (Loi 90) incite à repartager le travail des différents personnels puisqu'elle autorise certains personnels à effectuer de nouvelles tâches.

Les résultats attendus

- **Un projet structuré de réorganisation du travail dans chaque établissement.**
- **Un programme régional de formation et de sensibilisation en soutien à la réorganisation du travail.**

Les actions proposées

- **Adapter le programme de réorganisation du travail en soins infirmiers à l'ensemble des secteurs d'activités pertinents du réseau de la santé et des services sociaux.**
- **Favoriser la mise en œuvre d'un programme de réorganisation du travail dans chaque établissement.**
- **Rendre disponible aux gestionnaires et aux intervenants concernés un soutien et des programmes adaptés de formation en vue de la révision des processus et des modèles d'organisation du travail et de l'application de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé (Loi 90).**

7.3.3 Assurer la relève des cadres

Pour assurer une relève compétente des cadres du réseau montréalais de la santé et des services sociaux, des actions énergiques doivent être menées au cours des prochaines années. Deux objectifs complémentaires devraient être poursuivis :

- Développer la relève des cadres

Le budget régional de développement ne suffira pas à répondre à la demande. Pour répondre aux besoins de la relève cadre, il faudrait y consacrer la totalité du budget régional. Cela exigerait qu'aucune somme ne soit disponible pour le développement des cadres actuellement en fonction.

Les politiques de gestion de la main-d'œuvre (stabilité) ne sont plus adaptées au contexte actuel de pénurie de main-d'œuvre. Celles-ci sont davantage des incitations à quitter le réseau plutôt qu'à y demeurer. En novembre 2002, les coûts recensés de la stabilité d'emploi des cadres pour Montréal s'élèvent à plus de 5,5 M$.

Pour les postes cadres intermédiaires, la relève provient majoritairement du bassin des salariés du réseau pour lequel il existe déjà une pénurie de main-d'œuvre. Pour les 10 prochaines années, les programmes collégiaux et universitaires ne suffiront pas à répondre aux besoins de main-d'œuvre, dans le réseau national, en raison de la décroissance démographique.

Cadres intermédiaires

Il existe actuellement un processus et des outils pour l'identification et le repérage de la relève cadre dans le réseau. Un programme de développement de la relève a été déployé en avril 2002. Deux cents (200) personnes y sont présentement inscrites.

Cadres supérieurs

Le processus et les outils pour l'identification de la relève sont disponibles. Il reste à implanter le programme de développement et à l'actualiser auprès des établissements, avec les mesures de financement requises. L'objectif est d'avoir 80 à 100 personnes d'ici 2004 et 65 personnes de 2005 à 2006 dans le programme de relève des cadres supérieurs.

L'environnement externe

La pénurie de main-d'œuvre est une réalité qui va toucher ou qui affecte déjà la majorité des organisations au Québec, qu'elles soient du secteur public ou privé. Dans ce contexte, la concurrence pour attirer et conserver une relève compétente sera extrêmement forte. Le réseau devra instaurer des mesures stimulantes et adéquates pour attirer la relève.

Les résultats attendus

- Formation de 1 245 personnes pour assurer la relève des cadres d'ici 2006.

Les actions proposées

- Réaliser un programme de relève pour les cadres supérieurs.
- Veiller à l'évolution du contenu des programmes de développement pour les cadres supérieurs et intermédiaires en fonction des besoins.
- Faire le repérage de la relève des cadres supérieurs et intermédiaires pour les trois prochaines années.
- Revoir les politiques de dotation et de recrutement pour les cadres supérieurs et intermédiaires.
- Soutenir le développement des candidats par des mesures de financement appropriées.
- Identifier et proposer des modifications aux conditions de travail et d'exercice à des fins de rétention et d'attraction des cadres.
- Identifier et proposer des approches organisationnelles permettant de réduire nos écarts en besoin de main-d'œuvre cadre.

- Créer un bassin régional pour préparer la relève des cadres du réseau

La majorité des établissements du réseau montréalais ont effectué, en mars 2002, un exercice de planification de la main-d'œuvre cadre. Au minimum, le départ de 65 cadres supérieurs d'ici 2004 et de 60 autres, pour la période 2005-2006, sont anticipés. Pour les cadres intermédiaires, l'estimation s'élève à près de 1 200 postes à remplacer d'ici 2006.

Le nombre de postes affichés sur le site de recrutement en ligne de la Régie régionale s'est élevé à 2 197 en 2001-2002. Pour la région de Montréal, ce nombre s'élève à 1 024 dont 371 postes cadres.

Nous constatons des coûts élevés (près de 2 M$), notamment pour les offres d'emploi dans les médias. Au dire des établissements, cette stratégie de recrutement s'avère de moins en moins efficace.

La mobilité dans le réseau de la santé et des services sociaux est une problématique importante. En effet, une étude du Centre de référence des directeurs généraux et des cadres (CRDGC) indique que les cadres qui veulent faire preuve de mobilité sont souvent mal perçus dans leur établissement. Il est difficile pour un cadre de faire carrière dans un autre établissement ou une autre mission.

Suite à des discussions avec les établissements et sur l'avis du comité régional du personnel d'encadrement, la création d'un bassin régional pour combler les besoins en effectif cadre s'avère une solution régionale à implanter considérant :

- le contexte de pénurie de main-d'œuvre;
- la concurrence de plus en plus vive dans le réseau et à l'extérieur de celui-ci, afin d'attirer et de conserver une main-d'œuvre compétente;
- la décroissance significative de la population active pour les prochaines années;
- les coûts des affichages dans les médias.

Le réseau de Montréal, de par le nombre d'établissements et son bassin de main-d'œuvre, a les conditions requises pour soutenir une telle approche.

Devant le contexte actuel, on constate une plus grande ouverture des établissements à cette nouvelle avenue.

Les résultats attendus

▷ **Disponibilité d'un bassin régional de candidats évalués, qualifiés et formés au rôle de cadre.**

Les actions proposées

▷ **Créer un bassin régional de candidats évalués, qualifiés et formés au rôle de cadre supérieur et de cadre intermédiaire, permettant aux établissements d'y combler leurs besoins de recrutement :**

- **Phase I : 2003-2004 (cadres supérieurs)**
- **Phase II : 2004-2006 (cadres intermédiaires)**

7.3.4 Attirer et former une nouvelle main-d'oeuvre

Des efforts importants devront être faits au cours des prochaines années pour encourager les jeunes à faire carrière dans le réseau montréalais de la santé et des services sociaux et nous devrons accroître notre capacité d'accueil pour les stages en milieu du travail, nécessaires à la formation d'une nouvelle main-d'œuvre. Enfin, il faut faciliter l'intégration du nouveau personnel pour en assurer la rétention.

Attraction des jeunes

Les études démographiques démontrent que l'écart entre les jeunes de 15-24 ans (constituant la relève potentielle à former) et les 65 ans et + s'accentue de façon telle que, même si les jeunes étaient tous attirés par le domaine de la santé, il serait impossible de maintenir le même niveau d'effectifs pour combler les départs. Le secteur de la santé doit donc se montrer des plus attirants pour rivaliser avec les autres disciplines d'enseignement et s'assurer du maximum de candidats.

Les changements de valeurs des jeunes générations rendent les conditions de travail et d'exercice qui prévalent actuellement dans le réseau moins attirantes pour cette cohorte. Il convient d'adapter ces conditions à leurs attentes.

Les résultats attendus

- Des conditions de travail et d'exercice mieux adaptées aux besoins et aux valeurs des jeunes travailleurs.
- Recrutement des jeunes travailleurs pour combler les nouveaux postes offerts.

Les actions proposées

- Faire la promotion des disciplines particulièrement visées par la pénurie dans les écoles secondaires et collégiales, de même qu'à certains salons d'éducation et ce, tant auprès des jeunes que des orienteurs.
- Poursuivre notre participation au Guide de l'emploi, véhicule privilégié pour atteindre les jeunes en recherche d'une orientation de carrière.
- Réaliser une campagne publicitaire auprès des jeunes et de la population vivant en périphérie de Montréal pour rendre la région montréalaise attrayante comme milieu de travail.
- Se montrer un employeur soucieux de l'environnement en mettant en place un centre de gestion des déplacements (alternatives au transport en auto en solo) en collaboration avec l'Agence métropolitaine de transports.
- Appuyer des programmes novateurs qui visent à modifier les conditions de travail et d'exercice dans le but de mieux les harmoniser avec les valeurs des jeunes (ex. : conciliation travail-famille, formation continue, empowerment, environnement technologique, etc.).
- Étudier les possibilités d'offrir des conditions de travail différentes pour certaines catégories d'emploi œuvrant dans la métropole.
- Montréal étant une région multiculturelle, faire valoir auprès des établissements les avantages de la Loi sur l'accès à l'égalité en emploi (Loi 143) pour recruter auprès d'une population ethnique, réputée à la recherche d'emploi.
- Faire connaître les « bons coups » des établissements dans leurs efforts d'attraction du personnel.

Accueil des stagiaires

Les milieux de l'enseignement ont été interpelés face aux problèmes de disponibilité de main-d'œuvre et ont, pour la plupart, accru leur capacité d'accueil dans les métiers et les professions de la santé. Le phénomène soulève des difficultés, quant à la capacité des établissements, d'accueillir les nombreux stages requis par les programmes de formation.

Les maisons d'enseignement ont donc de la difficulté à trouver les milieux de stage nécessaires et au moment où elles en ont besoin. Il faut développer des solutions novatrices pour répondre aux besoins grandissants du nombre de stages dans un contexte de pénurie de main-d'œuvre.

Les résultats attendus

- Un mécanisme de coordination régionale efficace.
- Une augmentation du nombre de milieux de stage.

Les actions proposées

- Mettre sur pied, en collaboration avec nos partenaires de l'éducation, un mécanisme régional de coordination des stages.
- Doter le réseau régional d'un système d'information permettant de mieux monitorer et coordonner l'offre et la demande de stages.
- Accorder des mesures incitatives au personnel senior pour les intéresser à l'organisation de stages et à l'enseignement.
- Faire en sorte, avec de nouvelles approches et des horaires adaptés, de rendre accessibles des stages pendant toute l'année.

Développer le mentorat

Compte tenu du contexte de pénurie ayant un impact sur l'ampleur de la tâche du personnel du réseau, les possibilités pour le personnel plus expérimenté d'encadrer et de soutenir les nouvelles recrues sont considérablement réduites. À cela s'ajoute la contrainte liée au fait que les personnes nouvellement embauchées doivent majoritairement exercer sur des quarts de travail (soir, nuit et fin de semaine) au moment où les ressources expérimentées sont déjà présentes en moins grand nombre. Des difficultés d'intégration peuvent alors être la source d'un départ prématuré d'un établissement ou même du réseau d'établissements montréalais.

En conséquence, une meilleure intégration des nouvelles ressources (environ 2 000 par année) par le transfert d'expertise et le développement de compétences, notamment dans les secteurs névralgiques (urgences, salle d'opération, etc.), par le biais de la préservation du patrimoine collectif des compétences, devient un enjeu majeur.

Les résultats attendus

- Le maintien en emploi du personnel senior pour permettre le transfert du savoir avant le départ à la retraite.
- Un encadrement adéquat à toutes les nouvelles personnes embauchées et à celles ayant deux ans et moins d'expérience.

Les actions proposées

- Mettre sur pied des équipes régionales de mentors agissant comme agents multiplicateurs au sein des établissements.
- Implanter le programme, en 2004-2005, dans les hôpitaux de courte durée.
- Étendre le programme à l'ensemble du réseau en 2005-2006.

7.3.5 Soutenir le développement des compétences

Le capital compétence est de plus en plus un enjeu du réseau. On demande au personnel d'être compétent, en même temps que leurs compétences ont besoin d'être renouvelées. L'atteinte des résultats visés dans le plan stratégique 2003-2006 nécessite d'investir dans le développement de la compétence du personnel. Bien sûr, il faut considérer les compétences individuelles, mais aussi notre compétence collective, qui est une affaire de synergie entre tous les établissements et tous les intervenants du réseau.

Le plan 2003-2006 nécessite le développement d'équipes interdisciplinaires, d'équipes décloisonnées inter-établissements, l'établissement de liens de collaboration et de communication plus serrés entre les médecins et les établissements et l'utilisation, à grande échelle, d'outils de communication ou d'outils cliniques informatisés. Tous ces changements dans les pratiques devront être supportés par des mesures appropriées, favorisant le développement des nouvelles compétences requises.

Les résultats attendus

- Réalisation d'un plan de développement des compétences associées à la réalisation des objectifs stratégiques.

Les actions proposées

- Se doter d'un plan de développement des compétences, associé aux objectifs qui seront finalement retenus dans le plan stratégique 2003-2006.
- Organiser des activités de formation interactive sur l'intégration des services et des activités de développement des compétences collectives nécessaires au travail en réseau.

7.3.6 Accroître la stabilité du personnel et le mieux-être au travail

Les équipes déjà en place au sein des établissements doivent également faire l'objet d'une attention particulière afin de les garder à l'emploi, présentes et mobilisées.

Améliorer les conditions de travail et d'exercice en vue d'augmenter la stabilité des équipes de travail

Les établissements sont aux prises avec une problématique qui résulte notamment de fusions d'établissements ou de regroupements de services. En effet, certains établissements se retrouvent dans des situations où une même catégorie d'emploi peut être représentée par plusieurs syndicats. La présence de multiples unités d'accréditation augmente la complexité de gestion pour l'établissement. À titre d'exemple, on peut citer la gestion des listes de rappel, des horaires de travail et des congés. De plus, cette situation a pour effet de limiter la mobilité de la main-d'œuvre au sein même de l'établissement.

Plusieurs clauses conventionnées ne favorisent pas la rétention du personnel dans les établissements de la santé et des services sociaux. Par exemple, les dispositions pour lesquelles la règle d'ancienneté prévaut ne tiennent pas compte des réalités liées à la situation personnelle de la main-d'œuvre. Les choix « balisés » dans la prise de congés annuels, l'obligation de travailler pendant plusieurs années sur des quarts de soir ou de nuit avant d'accéder à un poste de jour ne sont que quelques-uns des effets pervers ne favorisant pas la rétention, voir même l'attraction.

De même, il n'existe pas de règles conventionnées permettant de favoriser une plus grande mobilité de la main-d'œuvre au sein de la région. Les mesures envisagées peur augmenter la stabilité des équipes de travail nécessiteront la collaboration active des syndicats pour se réaliser.

Les résultats attendus

- Augmentation de la disponibilité et de la mobilité d'infirmières dans les secteurs névralgiques.
- Augmentation de la stabilité des équipes de travail.

Les actions proposées

- Supporter financièrement la formation d'infirmières en spécialité, augmentant la disponibilité et la mobilité d'infirmières dans les secteurs névralgiques, tel que l'urgence.
- Obtenir le financement nécessaire à l'achat d'équipements et d'outils technologiques ayant pour objectifs :
  - l'allégement des tâches
  - la valorisation
  - la diminution du temps d'intervention
  - la réduction de déplacements
  - la satisfaction au travail.
- Mettre sur pied des groupes témoins :
  - de jeunes infirmières afin d'identifier les conditions facilitantes de travail et d'exercice favorisant la rétention ou le retour dans le réseau montréalais
  - d'infirmières ayant quitté le réseau d'établissements de santé mais exerçant toujours la profession d'infirmière (agences) afin d'identifier les conditions facilitantes de travail et d'exercice qui pourraient les inciter à un retour vers le réseau montréalais.
- Faire connaître aux partenaires, à l'intérieur des cadres législatifs, les possibilités de définir des règles permettant la mobilité entre les accréditations au sein d'un même établissement.
- Mettre sur pied des projets interétablissements ayant pour objectif de garantir aux établissements une stabilité de prestation de travail et aux personnes salariées, un nombre de jours de travail susceptible d'être mieux adapté à leurs besoins.
- Supporter financièrement les établissements dans la mise en place de projets novateurs concernant l'aménagement du temps de travail dans un but de rétention et d'amélioration des conditions d'exercice.
- Identifier les irritants conventionnés et faire les recommandations appropriées auprès des instances négociantes.

Développer des environnements de travail stimulants et mobilisants

Selon les dernières mises à jour des données statistiques sur l'assurance-salaire, (octobre 2002, MSSS), de 1997-1998 à 2001-2002, le ratio des heures en assurance-salaire ou des heures travaillées a progressé de 29,5 % et les coûts de l'assurance-salaire ont augmenté de 28,3 %, passant de 177,4 M$ à 253,3 M$ en 2001-2002. Ces coûts sont cependant influencés par l'augmentation des heures totales travaillées et de la hausse de la masse salariale.

À Montréal, ce ratio est passé de 4,47 à 5,83, soit une variation de plus de 30 % pour la même période.

Les travailleurs et les travailleuses âgé(e)s de 50 ans et plus seraient les plus sujets à s'absenter, plus particulièrement les infirmières auxiliaires, les préposés aux bénéficiaires et les infirmières. La tendance actuelle (entre 40 % - 45 %) démontre que le principal motif d'absence serait relié à des problématiques de santé mentale.

D'autres facteurs ont un impact sur l'absentéisme. Ces facteurs sont notamment les suivants :

- le vieillissement des travailleurs et travailleuses a comme impact l'apparition de maladies reliées à ce processus;
- les emplois du réseau sont essentiellement occupés par des femmes, dont bon nombre sont monoparentales;
- la rareté de la main-d'œuvre;
- la charge de travail élevée;
- la difficulté à concilier les aspects travail-famille;
- la pression engendrée par les niveaux de performance attendus (la nécessité constante de développer de nouvelles compétences, la capacité de travailler en équipe sont source de stress importants).

Le plaisir au travail ne s'impose pas. Il s'agit plutôt de permettre à celui-ci de naître, en créant des environnements de travail stimulants, mobilisants et propices à sa croissance.

Le développement et la mise en place de mécanismes de dépistage, de prévention et de promotion de la santé sont des outils reconnus pour réduire l'absentéisme.

Les résultats attendus

- **Réduction de la croissance des coûts d'assurance-salaire.**
- **Augmentation de la présence au travail.**
- **Révision des pratiques de gestion des régimes d'indemnisation par les établissements visés.**

Les actions proposées

- **Supporter financièrement des projets novateurs à caractère préventif, agissant sur les principaux déterminants de la santé, (ex : une bonne hygiène de vie, l'exercice physique, le soutien social et psychologique, etc.).**
- **Supporter financièrement des projets novateurs visant à réduire les risques reliés au travail et ayant une incidence sur la santé mentale.**
- **Outiller les gestionnaires pour mieux dépister les signes avant-coureurs chez le personnel présentant des risques d'absence.**
- **Octroyer des mesures incitatives financières pour les établissements performants en matière d'assurance-salaire ou de réduction du décrochage.**

7.3.7 Mobiliser la main-d'œuvre

Bien que de nombreux employés accomplissent leur travail avec énergie et dévouement, la morosité des équipes et des individus a été maintes fois décrite et se traduit notamment par l'augmentation significative des absences pour problèmes psychologiques et le développement d'un certain cynisme face aux changements proposés ou aux améliorations possibles. Le professeur Michel Tremblay (HEC) résume ainsi les meilleures pratiques en matière de mobilisation : le partage du pouvoir, le développement des compétences et la reconnaissance.

Les résultats attendus

- Des objectifs mesurables de mobilisation de la main-d'œuvre.
- Des incitations à les atteindre.

Les actions proposées

- Inclure dans les ententes de gestion des objectifs mesurables et des incitations en matière de mobilisation de la main-d'œuvre dans chacun des établissements.
- Soutenir le développement des compétences en lien avec les priorités du plan stratégique 2003-2006.
- Reconnaître les réussites de façon tangible.
- Développer une stratégie régionale de mobilisation de la main-d'œuvre.

7.3.8 Accompagner le changement et soutenir le développement organisationnel

De nombreux changements sont à venir dans l'organisation du travail. Ils devront être appuyés par des approches et des façons de faire qui faciliteront la collaboration du personnel à leur réussite.

Compte tenu de la complexité du réseau de la santé et des services sociaux, il faut rendre accessible l'expertise requise en accompagnement du changement et en développement organisationnel pour atteindre les objectifs proposés dans le plan stratégique 2003-2006, notamment en matière de réorganisation du travail, de développement de services et de programmes. Il faut aussi rendre accessible le déploiement, à grande échelle, de nouveaux outils de travail informatisés.

Une partie des budgets de développement prévus doit être réservée à cette fin, pendant la période d'implantation et de déploiement de ces projets.

Les résultats attendus

- Réussite de l'implantation des changements prévus à la réalisation du plan stratégique 2003-2006.

Les actions proposées

- Rendre accessibles les ressources et l'expertise requises en accompagnement des changements lors du développement et du déploiement des projets majeurs prévus dans le plan stratégique 2003-2006.
- Rendre accessibles les ressources requises pour soutenir, en matière de développement organisationnel, les petits établissements dans l'implantation de changements ou de projets majeurs.
- Identifier les projets nécessitant un soutien en accompagnement du changement et en développement organisationnel.

L'ensemble des éléments du Plan de disponibilité et de mobilisation de la main-d'œuvre nécessitera des dépenses non récurrentes de 26,6 M$.

Ressources financières additionnelles requises

7.3 S'assurer de la disponibilité et de la mobilisation de la main-d'œuvre

	BESOINS (M$)			
	Récurrent	Non récurrent	Immobilisations	Indexation
7.3.1 Se doter d'un plan de main-d'œuvre intégré		3,8		
7.3.2 Réviser l'organisation du travail		3,5		
7.3.3 Assurer la relève des cadres		5,2		
7.3.4 Attirer et former une nouvelle main-d'œuvre		8,2		
7.3.5 Soutenir le développement des compétences		0,4		
7.3.6 Accroître la stabilité du personnel et le mieux-être au travail		3,6		
7.3.7 Mobiliser la main-d'œuvre		0,7		
7.3.8 Accompagner le changement et soutenir le développement organisationnel		1,2		
Total		**26,6**		

Diverses sources de financement complémentaires peuvent être mises à contribution pour réunir les fonds nécessaires à la réalisation du Plan de développement et de mobilisation de la main-d'œuvre.

Les principales sources de financement envisagées sont :

- les programmes existants de stabilité et de sécurité et de formation de la main-d'œuvre;
- les subventions d'autres ministères ou organismes;
- l'autofinancement, à partir d'achats de services effectués par les établissements;
- l'allocation, sur une base non récurrente, d'un pourcentage des budgets de développement qui seront reçus et octroyés de 2003 à 2006.

Sources de financement

	À financer : 26,6 M$ non récurrent
- Autofinancement par les établissements utilisateurs : - soutenir le développement organisationnel, plans locaux de main-d'œuvre, formation de la relève pour les cadres supérieurs	- 5,1 M$
- Enveloppe régionale de stabilité et de sécurité d'emploi	- 5,7 M$
- Budget régional de développement du personnel d'encadrement	- 1,5 M$
- Subvention du ministère des Transports	- 0,2 M$
- **Allocation non récurrente, pour trois ans, d'un pourcentage de développements de services**	**14,1 M$**

La situation actuelle et appréhendée de la main-d'œuvre interpelle le réseau de façon pressante. Les actions en ce domaine doivent être porteuses de résultats et favoriser l'utilisation optimale de toute la main-d'œuvre disponible. Nous connaissons de mieux en mieux les gestes à poser en matière d'organisation de services pour un meilleur fonctionnement du réseau montréalais de santé et de services sociaux. Les ressources nécessaires pour actualiser la composante « main-d'œuvre » du plan doivent alors être considérées non pas comme une dépense, mais comme un investissement dans la réalisation de nos priorités, favorisant ainsi leur actualisation.

Comparativement aux développements prévus, le pourcentage est peu élevé et non récurrent. Ne pas investir, par contre, dans la disponibilité et la mobilisation de la main-d'œuvre risque de rendre beaucoup moins efficaces et efficients les développements budgétaires récurrents qui seront octroyés aux établissements d'ici 2006, et l'utilisation optimale des ressources actuelles.

7.4 Rendre accessible les systèmes et les technologies de l'information nécessaires au travail en réseau des professionnels, et à une gestion basée sur des données probantes

Le projet de Plan stratégique 2003-2006 mise sur de nouveaux modes d'organisation des services :

- la mise sur pied des groupes de médecine de famille (GMF) en liaison avec les CLSC et les centraux Info-Santé, accessibles 24 heures/7 jours;
- le déploiement d'un réseau d'accès rapide aux services diagnostiques par la désignation de GMF, CLSC ou cliniques médicales accessibles de 8 heures à 21 heures, avec accès au laboratoire et à l'échographie;
- la mise sur pied de programmes et de réseaux de services intégrés pour les clientèles vulnérables;
- le développement d'équipes décloisonnées interétablissements notamment dans le secteur jeunesse.

L'atteinte des objectifs visés nécessite de relier, par des outils informationnels adéquats, les différents professionnels et établissements qui ont à collaborer pour assurer des services de qualité de façon continue à la population. La mise en réseau nécessite le déploiement d'outils de communication et de protocoles standardisés, permettant à ceux qui rendent les services, de communiquer entre eux de façon efficace, efficiente et sécuritaire. Cela est d'autant plus important de bien équiper les médecins et le personnel que nous nous trouvons en pénurie de main-d'œuvre dans plusieurs secteurs. Il sera impératif de coordonner le développement des ressources informationnelles des grands établissements de la région de manière à uniformiser l'accès et l'interprétation des données cliniques.

Au plan de la gestion, le projet de Plan stratégique 2003-2006 mise sur des ententes de gestion avec les établissements, appuyées sur des données probantes pour la détermination des volumes de services à assurer et pour le monitorage et l'évaluation des résultats. En conséquence, il faudra travailler à améliorer les systèmes d'information de façon à pouvoir couvrir des secteurs névralgiques (urgences, services ambulatoires, accès aux services médicaux spécialisés). De plus, il faut se doter d'outils facilitant l'analyse et la diffusion de l'information déjà disponible et s'équiper pour pouvoir analyser les continuums de soins et non seulement ce qui se passe dans chacun des points de services du réseau de façon isolée.

Le plan d'action ministériel « *Pour faire les bons choix* » a identifié, au plan national, quatre priorités qui vont dans ce sens :

- poursuivre la mise en place des systèmes d'information clinique pour les services sociaux et médicaux de proximité de même que les services spécialisés;
- adapter le projet de carte santé pour que cet outil facilite le suivi et la prise en charge des personnes qui reçoivent des services sociaux ou médicaux et ainsi améliorer la qualité des services livrés;
- investir pour informatiser les GMF afin que les professionnels des GMF, des CLSC et des établissements puissent échanger de l'information entre eux;
- développer les systèmes d'information de gestion en appui à la gestion par résultats et à l'obligation de rendre des comptes.

Pour relever ce défi, nous allons nous appuyer sur quelques acquis développés au cours du Plan stratégique 1998-2002 :

- le déploiement généralisé, à Montréal et au Québec, du réseau de télécommunications sociosanitaire, qui permet d'échanger de l'information rapidement et de façon sécurisée en réseau;
- le déploiement du collecticiel Lotus Notes pour la transmission d'information et la gestion de flux de travail au sein du réseau; 22 500 utilisateurs répartis dans 94 établissements montréalais disposent déjà de ce collecticiel;
- la disponibilité, depuis 1999, d'un technocentre régional, infrastructure qui est le noyau du réseau régional de communications et d'information dans le secteur sociosanitaire;
- le développement d'applications favorisant l'échange d'information et le travail en réseau : Demande de services interétablissements (DSIE), avis de naissance (ADN);
- la mise à niveau, en l'an 2000, du parc informatique régional;
- le programme accéléré d'investissement public qui a justement accéléré l'informatisation dans le secteur jeunesse et dans celui des laboratoires et de la radiologie numérique.

7.4.1 Informatiser 58 groupes de médecine de famille (GMF)

Les résultats attendus

- L'informatisation des GMF
- L'établissement d'une liaison électronique avec les GMF

Les actions proposées

- Installer en réseau l'infrastructure requise (postes de travail, serveurs).
- Installer des applications de base comme :
  - Office
  - Lotus Notes
  - Norton Antivirus
  - Secure remote Client.
- Installer un lien Internet haute vitesse.
- Installer des applications administratives et cliniques.

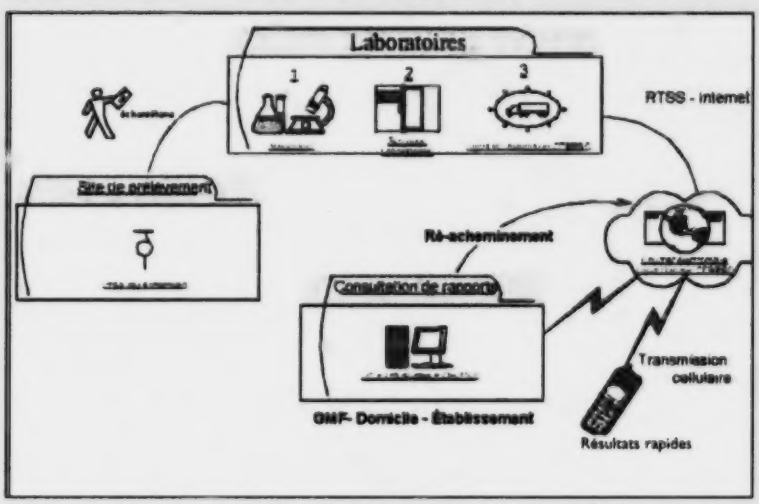
Dans une première phase, les applications suivantes sont prévues :

1. L'inscription des patients en ligne avec la RAMQ

Les actions proposées (suite)

2. La liaison électronique avec un central Info-Santé 24/7 et le réseau
   - transmission de la liste des médecins de garde;
   - accès au répertoire informatique des ressources sociosanitaires;
   - inscription de la clientèle vulnérable au services Info-Santé 24/7;
   - implantation de la Demande de services inter-établissements (DSIE).
3. L'accès aux résultats de laboratoire par l'installation de CÉRPRO (classeur électronique des résultats pour professionnels) ou de toute autre application jugée aussi ou plus fonctionnelle.

Intégration de CÉRPRO Courrier : Fonctionnement



4. Le prescripteur et l'aviseur pharmacologique :
   - le GMF constitue le profil pharmacologique initial du patient;
   - le GMF peut saisir les allergies, intolérances ou pathologies du patient;
   - le GMF peut enregistrer les nouvelles prescriptions pour le patient qui modifient instantanément le profil du patient;
   - le logiciel vérifie chaque nouvelle entrée pour la détection des interactions médicamenteuses, les allergies, les intolérances, les contre-indications en regard de certaines pathologies;
   - le logiciel met à la disposition de l'utilisateur des fiches détaillées pour chaque médicament;
   - le logiciel permet à l'utilisateur d'imprimer des fiches conseils qui seront remises au patient.

Les actions proposées (suite)

- **Former et supporter les utilisateurs.**

  Le Technocentre régional assure la formation (Windows, Lotus Notes, Fureteur) et le premier niveau de service à titre de guichet unique.

  Le cas échéant, la liaison se fera avec un deuxième niveau de service selon l'application concernée (Sogique, RAMQ, fournisseur privé).

  Le financement de cette première phase est assuré, en grande partie, par le ministère. Le plan de financement couvre :

  - les équipements;

  - la formation et le support aux utilisateurs;

  - les applications cliniques essentielles à la prise en charge;

  - le lien de télécommunication;

  - l'entretien et l'évolution des solutions cliniques.

Il n'inclut pas les applications administratives. Cependant, les spécifications techniques favorisant l'intégration des systèmes seront disponibles.

À plus long terme, dans une deuxième phase, il est envisagé une évolution vers un portail intégré et l'accès à l'information clinique sur le profil et le parcours de la clientèle notamment.

Bien entendu, le développement de l'informatisation des GMF est tributaire de l'évolution de l'ensemble du réseau sociosanitaire dans ce domaine. Ainsi, les décisions concernant l'avenir de la carte accès-santé seront déterminantes à cet égard.

7.4.2 Doter le réseau d'accès rapide aux services diagnostiques et des outils informationnels requis

Compte tenu de la mission particulière de ce réseau, il faudra s'assurer que tous les points de services auront les outils informationnels requis pour obtenir les services et les résultats diagnostiques et assurer la liaison nécessaire au suivi et à la prise en charge de la clientèle :

- requête-résultat pour les analyses de laboratoire et de radiologie;
- demande de services interétablissements (DSIE);
- classeur électronique des résultats de laboratoires diagnostiques;
- inscription des clientèles vulnérables aux service Info-Santé CLSC 24/7.

Donc, une partie des 17 M$ prévus pour ce projet devra servir à financer les coûts reliés aux outils informationnels requis.

L'accès uniforme à l'information diagnostique ne saurait se matérialiser sans consentir, en parallèle, les investissements et les efforts de normalisation nécessaires pour mettre en place, dans les établissements de santé producteurs de même que dans les laboratoires et cliniques privées, les outils nécessaires à la collecte et à la diffusion des résultats diagnostiques. À ce chapitre, les efforts coordonnés du CHUM et du CUSM pour se doter de systèmes d'information clinique présentent une opportunité indiscutable. Les choix et les acquisitions prochaines devront nécessairement être harmonisés aux exercices d'autres établissements de santé dont ceux impliqués dans la mise en chantier de « centres ambulatoires » ou de réseaux supra régionaux.

Les résultats attendus

- L'accès rapide aux services diagnostiques en première ligne.
- La transmission électronique des requêtes et des résultats.

Les actions proposées

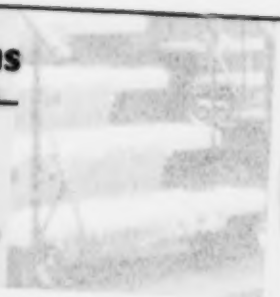
- Mettre sur pied les infrastructures matérielles requises dans les points de service concernés.
- Assurer le déploiement des applications et la formation de leurs utilisateurs.
- Mettre en place les modalités de support et d'entretien offerts aux points de service par le technocentre régional.
- Identifier les investissements nécessaires pour que les centres de production accordent le niveau souhaité d'accès et de disponibilité de l'information clinique.
- Participer avec le ministère au déploiement d'infrastructures régionales notamment : l'index patient et les entrepôts de données cliniques régionaux.

7.4.3 Assurer le déploiement en version électronique, de la Demande de services interétablissements (DSIE), des avis de naissance (ADN) et de l'Outil d'évaluation multiclientèles (OEMC)

Pour assurer le suivi de la clientèle et l'échange d'information dans le réseau d'établissements montréalais, il est essentiel de fournir aux intervenants du réseau les outils nécessaires pour accomplir leur rôle.

Les résultats attendus

- La prise en charge assurée de la clientèle à la fin d'un épisode de soins.
- La continuité des services périnataux.
- Un outil unique standardisé pour l'évaluation de la clientèle en perte d'autonomie.



Les actions proposées

- Obtenir du ministère que la demande de services interétablissement (DSIE) soit déclarée un actif d'intérêt commun et bénéficie du soutien nécessaire à son déploiement provincial, à son support et à son évolution.
- Assurer le déploiement régional de l'outil DSIE dans tous les hôpitaux et les CLSC, dans un premier temps, puis dans tous les établissements par la suite.

  Ce genre d'outil nécessite un déploiement rapide et synchronisé pour éviter que les établissements soient obligés de maintenir en parallèle un service de transmission-réception manuel (télécopieur) et électronique (DSIE).
- Assurer le déploiement de l'outil Avis des naissances dans les hôpitaux accoucheurs et les CLSC de la région, la Direction de santé publique et le Directeur de l'État civil.
- Supporter le déploiement de l'Outil d'évaluation multiclientèles en format électronique lorsqu'il sera disponible.
- S'assurer d'une synchronisation des déploiements avec les régions voisines (Laval, Laurentides, Lanaudière, Montérégie) compte tenu du nombre de personnes résidant dans le bassin de desserte des hôpitaux montréalais.

7.4.4 Généraliser l'implantation d'un système d'information sur les urgences dans tous les hôpitaux ayant une salle d'urgence

Dans la région de Montréal, 10 établissements ont déjà déployé le système d'information SIURGE, trois autres prévoient en faire l'acquisition prochainement. Certans envisagent des solutions alternatives ou des développements « maison » qui devront toutefois être certifiés conformes au cadre normatif en vigueur. Enfin quelques établissements n'ont toujours pas fait connaître leur orientation. Des vingt-deux urgences, trois sont psychiatriques, deux sont pédiatriques et 17 répondent aux besoins d'une clientèle variée.

La problématique d'engorgement des urgences perdure et constitue une priorité régionale et nationale depuis nombre d'années. La capacité d'analyse et de compréhension des phénomènes au quotidien ou de façon rétrospective est proportionnelle à la disponibilité d'une information complète et de qualité. Ce constat s'applique aussi bien pour les établissements qui ont à gérer une urgence que pour la Régie. Il apparaît donc essentiel que les établissements se dotent de systèmes d'information pour leur propres fins. Il apparaît tout aussi essentiel que la Régie dispose des informations nécessaires à une analyse régionale de la situation.

Les résultats attendus

- L'accès à de l'information pertinente favorisant l'identification de moyens d'action permettant la réduction des durées de séjour à l'urgence.

Les actions proposées

- Faciliter le déploiement de systèmes d'information dans les urgences des établissements qui ne disposent d'aucun système à ce jour. Pour ce faire, obtenir les garanties nécessaires quant à la subvention nationale et y adjoindre une subvention régionale.
- Favoriser une approche normalisée qui confère à la région un levier additionnel dans sa capacité de faire évoluer l'outil de gestion retenu par le plus grand nombre d'établissement possible. Le corollaire consiste à éviter la multiplication des frais d'évolution sur un nombre plus important de produits offerts par des fournisseurs distincts.
- Déployer, aux frais de la Régie, dans tous les établissements concernés, un outil normalisé de type « entrepôt de données », qui dote les établissements d'un outil de gestion facilitant l'analyse rétrospective et qui permette à la Régie d'obtenir une information identique mais dénominalisée de tous les établissements.
- Créer à l'échelle régionale, une expertise spécifique en matière d'analyse et d'interprétation des données et des indicateurs disponibles et appuyer l'analyse individuelle des établissements et la comparaison de leurs modes de gestion.

7.4.5 Initier et compléter le déploiement des systèmes nationaux prioritaires

Services aux jeunes en difficulté

La région a déjà entrepris le déploiement du système PIJ qui vise à soutenir la pratique professionnelle dans les centres jeunesse. Ce système modulaire supporte l'application de trois lois s'appliquant aux jeunes en difficulté :

- Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., chapitre S-4.2);
- Loi sur la protection de la jeunesse (L.R.Q., chapitre P-34.1);
- Loi fédérale sur le système de justice pénale pour les adolescents.

Le déploiement de ce système est amorcé dans les deux centres jeunesse à Montréal et sera complété au cours de la période 2003-2006. Il permettra le développement de banques de données régionales et nationales et pourra alimenter les tableaux de bord de gestion de services aux jeunes en difficulté. Il restera à animer les interfaces entre les centres jeunesse et les autres établissements du réseau en matière d'échange d'information et de référence de clientèle. L'exercice à cet égard est déjà amorcé entre les centres jeunesses et les CLSC à l'initiative des associations respectives de ces missions d'établissement. L'hypothèse d'utiliser la DSIE semble en bonne voie d'être retenue à cette fin.

Les Centres jeunesse de Montréal nous ont toutefois fait part des difficultés financières prévues pour compléter le déploiement et pour couvrir les frais récurrents de support, d'entretien et d'évolution du système.

Cardiologie et radio-oncologie

Le Système de gestion de l'accès aux services (SGAS) permettra :

- aux médecins orienteurs de connaître les délais d'accès par degré de priorité et par établissement;
- aux médecins spécialistes d'avoir une information plus complète sur les patients qui leur sont envoyés;
- au ministère et à la Régie régionale d'avoir une information commune et fiable sur l'état véritable des listes d'attente et de prendre les meilleures décisions en matière d'allocation des ressources et d'organisation de services.

Les deux secteurs prioritaires pour le déploiement sont la cardiologie tertiaire et la radio-oncologie où la gestion des délais d'accès est vitale. Pour chacun de ces deux secteurs, un établissement de la région de Montréal a déjà été désigné pour servir de site pilote à cette nouvelle application.

En plus de ces deux systèmes, qui sont reliés à nos priorités régionales 2003-2006, nous aurons à compléter le déploiement du système de gestion du sang (SIIATH) et à finaliser le déploiement du système d'information des centres d'hébergement (SICHELD) qui est presque complété.

Les résultats attendus

- Le déploiement complété des systèmes d'information nationaux prioritaires.

Les actions proposées

- Compléter le déploiement du système d'information PIJ pour les services aux jeunes en difficulté.
- Initier le déploiement du système de gestion des accès aux services (SGAS) en cardiologie et en radio-oncologie.
- Compléter le déploiement du système de gestion du sang (SIIATH).
- Finaliser le déploiement du système d'information des centres d'hébergement (SICHELD).

7.4.6 Doter la région d'un Intranet régional

Se doter d'un Intranet régional permettrait de donner un point d'appui central essentiel aux échanges d'information cliniques et administratives, aux outils d'aide à la décision, aux entrepôts de données et aux communautés de pratique.

Les sites web « grand public »

La Régie dispose d'un site WEB grand public tout comme une cinquantaine d'établissements de la région. La majorité de ces sites présentent une information générale en lien avec la nature d'opération et à la mission de l'établissement. Ils ne constituent pas pour autant une porte d'entrée aux informations cliniques ou administratives ou aux outils de gestion réservés aux intervenants et aux gestionnaires du réseau.

Les Intranet des établissements

La Régie et un nombre restreint de 5 à 10 établissements disposent d'un Intranet local réservé au seul personnel de ces entités administratives. La majorité de ces Intranet locaux offrent, outre de l'information générale, des outils et des accès aux applications locales en fonction de privilèges déterminés. Ces Intranet locaux n'échangent cependant aucune information entre eux.

Les Intranet d'entreprise

Le concept d'Intranet ou de portail d'entreprise s'étend progressivement et présente l'intérêt d'offrir des services communs à l'ensemble des entités administratives qui relèvent de ladite entreprise. A titre d'exemple, l'Intranet gouvernemental (Intranet.qc.ca) rejoint près de 65 000 fonctionnaires répartis dans tous les ministères, les Intranet d'Hydro-Québec ou de la SAQ assurent la liaison entre les divisions, succursales ou points de service de l'entreprise.

Un Intranet régional pour le secteur sociosanitaire

Il n'existe pour l'instant aucun point focal régional qui reunisse les acteurs du secteur sociosanitaire de la région de Montréal et leur offre la possibilité de consulter, d'échanger ou de contribuer à l'information et aux connaissances

cliniques ou administratives de leur domaine d'activité. Dans le contexte des relations Régie - Établissements et plus spécifiquement le suivi des ententes de gestion, l'évaluation de la performance et le transfert d'information en lien avec la mise en place d'un Carrefour montréalais d'information sociosanitaire, et en tenant compte des échanges inter-établissements d'informations, de groupe d'intérêt ou de communauté de pratique régionale, il s'avère judicieux de considérer la mise en place d'un Intranet régional.

Les résultats attendus

- La création d'un Intranet régional servant de point d'appui :
  - aux échanges d'informations cliniques et administratives;
  - aux outils d'aide à la décision;
  - aux entrepôts de données;
  - aux communautés de pratique.

Les actions proposées

- Développer une vision d'ensemble partagée entre les acteurs ciblés du secteur sociosanitaire de la région.
- Développer un prototype d'Intranet qui réunit les éléments et outils souhaités et en assurer le pilotage.
- Obtenir l'appui des directions d'établissements pour assurer le rôle fédérateur et l'unicité de cet outil.
- Compléter la mise en place de l'Intranet et diffuser ses modalités d'opération et son cadre de gestion.

7.4.7 Doter la région d'un Carrefour d'information sociosanitaire

Les modifications récentes apportées à la loi sur la santé et les services sociaux entraînent des changements importants sur la gouverne (Loi 28) du réseau sociosanitaire. De plus, l'application des recommandations du comité Bédard I et II concernant la performance financière des établissements ainsi que les changements à la loi sur l'administration publique amèneront le ministère, les régies régionales et les établissements à réviser leur approche de gestion et de partage de l'information. Ce nouveau contexte juridique nécessitera une demande accrue en information, car les organisations du réseau de la santé et des services sociaux devront dorénavant inclure à leur planification stratégique les éléments d'information leur permettant, entre autres, une gestion par résultats, le développement d'indicateurs de performance afin de mesurer l'atteinte des objectifs (résultats), et la reddition de compte qui portera sur la performance dans l'atteinte des résultats.

La Régie régionale avait déjà prévu la mise en place d'un Infocentre régional en 2001-2002 qui constituait la dernière étape du plan d'affaires de son Technocentre régional.

Compte tenu des nouveaux défis, le projet initial a été repensé pour permettre la mise sur pied d'un Carrefour montréalais d'information sociosanitaire.

Ce guichet informationnel aurait pour mission principale de supporter les activités reliées aux démarches de planification stratégique régionale et locales, à l'élaboration et au suivi des ententes de gestion, à l'élaboration et au suivi des plans d'action régionaux et locaux en santé publique. Ce carrefour permettrait de répondre aux besoins d'information des établissements, de la Régie régionale et des principaux partenaires du secteur sociosanitaire.

Les résultats attendus

- **Un meilleur accès à l'information :**
  - **l'intégration de l'analyse et de l'interprétation des données sociosanitaires aux activités de traitement des données (validation, conservation, unicité);**
  - **la gestion et l'organisation des différentes banques d'information disponibles dans le réseau.**

Les actions proposées

- **Finaliser l'élaboration du projet de carrefour suite à une consultation des partenaires régionaux.**
- **Réviser le projet initial d'Infocentre régional en conséquence et en préciser les phases d'implantation selon les priorités retenues.**
- **Implanter le carrefour en s'appuyant sur l'infrastructure du Technocentre régional.**

Ce carrefour faciliterait l'accès aux différents Infocentres pertinents à Montréal, au Québec, au Canada et dans le monde.

Les besoins financiers pour la réalisation de certains projets proposés en matière de ressources informationnelles ont déjà été pris en compte dans le cadre des priorités proposées pour 2003-2006, ou bénéficient déjà d'un financement assuré :

- informatisation des GMF;
- informatisation des points de services du réseau d'accès rapide aux services diagnostiques;
- élaboration du prototype d'un Intranet régional;
- déploiement, en version électronique, de la Demande de services interétablissements (DSIE) et des avis de naissance (ADN);
- mise en œuvre d'un Carrefour d'information sociosanitaire.

Plusieurs déploiements sont déjà dotés d'un plan de financement national (informatisation des laboratoires, PIJ, SICHELD, SIIATH, SGAS, SIURGE). Au cours de la consultation sur le plan stratégique 2003-2006 et lors de l'élaboration des ententes de gestion entre le ministère et la Régie régionale de même qu'entre la régie et les établissements concernés par ces projets, il y aura lieu de valider ou d'identifier les impacts financiers complémentaires dont ceux associés à la récurrence des frais de support et d'entretien.

Des décisions majeures à venir

Dans le domaine des ressources informationnelles, la suite des choses sera influencée par des décisions imminentes qui auront des effets structurants majeurs.

L'avenir du projet de carte-santé

Celle-ci devrait contribuer à doter le réseau d'un identifiant unique pour les patients et d'un système d'habilitation pour les intervenants. De plus, le projet de carte devrait favoriser les échanges d'information et un meilleur suivi de la médication et des résultats de laboratoire et de radiologie.

Le développement d'un système d'information de gestion dans les hôpitaux

La décision et la capacité financière des hôpitaux de faire évoluer rapidement ou non les systèmes actuels vers un système intégré d'information sur les soins aux patients hospitalisés, auxquels s'ajoutent l'information sur les soins ambulatoires, les coûts standards moyens par épisode de soins et les outils de soutien à la gestion de la performance auront des répercussions importantes sur l'avenir des systèmes d'information du plus important secteur d'activités du réseau au plan des ressources.

Le développement d'une architecture nationale et régionale des systèmes d'information suite aux recommandations du Vérificateur général

La décision du ministère quant à l'approche à adopter aura des répercussions importantes sur les travaux à mener au cours des prochains mois pour se doter d'un tel **plan d'affaires intégré** qui fixera nos orientations et encadrera nos décisions et celles des établissements pour les années à venir.

Qu'est-ce que c'est ?

Plan d'affaires des ressources informationnelles

En lien avec le Plan stratégique et les orientations du ministère en matière d'actifs informationnels, le plan doit préciser :

- l'environnement et les enjeux
- la stratégie d'évolution
- l'architecture courante des ressources informationnelles
- l'architecture visée
- le processus de transition
- les normes, règles et pratiques retenues

Se doter d'un tel plan d'affaires est un projet de grande envergure dans une région aussi complexe que la nôtre, qui comprend deux réseaux universitaires très importants.

Dans le domaine des technologies et systèmes d'information, les établissements de la région sollicitent ou sont sollicités pour mettre en œuvre des projets de partenariat ou d'impartition de services qui peuvent avoir un impact sur les architectures, les systèmes, la normalisation des informations et les modes de communications inter-systèmes. Faute de disposer d'un capital d'investissement adéquat certains établissements souhaitent profiter des offres de fournisseurs désireux de mettre en place des vitrines technologiques pour promouvoir leurs produits. S'il est possible que cette approche présente certains avantages financiers, il faut toutefois comprendre qu'elle contribue à la prolifération de systèmes

distinctifs. Il sera donc important d'identifier les critères et les règles permettant d'assurer l'interopérabilité des systèmes.

La région héberge déjà bon nombre des projets « porteurs » pour l'ensemble des activités nationales propres au domaine de l'information; qu'on pense à la contribution des deux plus importants CHU au projet Infostructure de recherche intégrée en santé du Québec (IRIS-Q) ou au projet pilote avec HMS dans le cadre du « Réseau Mère – Enfant ». On doit également dégager à court terme, des orientations et des choix critiques pour les centres ambulatoires de la région. Les décisions concernant les suites de ces grands projets doivent être cohérentes avec les plans d'affaires national et régional, et favoriser le fonctionnement des réseaux de services intégrés.

7.5 Maintenir et renforcer les partenariats stratégiques au sein de la communauté montréalaise

La Régie régionale et les établissements ne peuvent seuls réussir à améliorer la santé et le bien-être des Montréalais. La réussite passe par la création de partenariats efficaces avec les principaux acteurs de la communauté montréalaise, que ce soit dans le secteur public, privé, communautaire ou de l'économie sociale.

Dans le cadre des priorités proposées pour le plan stratégique 2003-2006, nous avons déjà indiqué les partenariats que nous comptons renforcer avec la Ville de Montréal en matière de développement social pour réduire l'impact des inégalités sociales sur la santé par des actions efficaces de prévention et pour apporter des solutions adaptées aux problématiques sociales montréalaises. Plus particulièrement, suite à la signature du contrat de ville, nous reconnaissons les zones prioritaires d'intervention identifiées par la Ville et nous nous engageons à collaborer à une approche territoriale intégrée dans ces secteurs. De plus, nous comptons élargir notre collaboration en matière de logements sociaux et communautaires pour personnes âgées en perte d'autonomie.

Le milieu de l'éducation

De même, avec les commissions scolaires, nous sommes à élaborer avec d'autres partenaires comme le CRDIM, le milieu communautaire et la Ville de Montréal, un plan régional pour favoriser la persévérance, la réussite scolaire et le soutien aux raccrocheurs. Nous avons déjà indiqué, dans le cadre de notre stratégie visant à assurer la disponibilité d'une main-d'œuvre compétente et mobilisée, les collaborations prévues avec les collèges et les universités.

En plus du dossier majeur de la mise sur pied des réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS), que nous avons à mener à terme avec les réseaux de l'Université McGill et de l'Université de Montréal, nous envisageons d'entreprendre les actions suivantes :

Les résultats attendus

- Des décisions et des pratiques appuyées sur des données probantes.
- L'essor du secteur des sciences de la vie.

Les actions proposées

- Intégrer des projets de recherche universitaires éclairant la prise de décision en lien avec les objectifs du plan stratégique 2003-2006.
- Favoriser la diffusion des connaissances acquises dans les projets de recherche reliés aux objectifs du plan stratégique 2003-2006.
- Collaborer avec les leviers dont nous disposons, à l'essor du secteur de l'évaluation des technologies et des sciences de la vie à Montréal.

7.5.1 Le milieu communautaire

La Régie régionale a déjà reconnu, dans les plans d'amélioration des services de santé et des services sociaux 1995-1998 et 1998-2002, l'apport des organismes communautaires de sa région.

Le Plan 2003-2006 « *La santé en actions* » réitère ce positionnement et le renforce en faisant sienne la vision de la Politique du Secrétariat à l'action communautaire autonome (SACA) intitulée « *L'action communautaire : une contribution essentielle à l'exercice de la citoyenneté et au développement social du Québec* ». Cette politique, lancée en septembre 2001, prévoit sa mise en œuvre sur une période de trois ans.

L'action communautaire : une contribution essentielle à l'exercice de la citoyenneté et au développement social du Québec

Fondements

- le respect de l'autonomie des organismes communautaires
- la reconnaissance des organismes communautaires comme outil de participation des citoyens et de développement social
- la reconnaissance du rôle et de la contribution des femmes dans le développement du milieu communautaire

Objectifs

- valoriser, promouvoir et soutenir l'action communautaire dans son ensemble
- valoriser, soutenir et consolider l'action communautaire dite autonome
- assurer la consolidation des organismes à travers l'établissement de balises nationales
- reconnaître et soutenir l'action bénévole.

La Régie régionale en assurera l'implantation notamment par l'adaptation progressive de ses pratiques de financement en conformité avec les impératifs de la Politique qui en identifie les trois principaux modes, soit :

- le financement en appui à la mission globale des organismes communautaires autonomes qui constituera une portion prépondérante du financement global accordé par la Régie régionale au milieu communautaire
- le financement d'ententes pour des services complémentaires à ceux du réseau public
- le financement d'activités particulières et de projets ponctuels ou de courte durée.

De plus, la Régie régionale mettra de l'avant une approche régionale de financement intégré de l'action communautaire. Dans le but de favoriser une gestion plus cohérente et équitable entre l'ensemble des organismes communautaires, cette approche précisera les paramètres de répartition de toute nouvelle enveloppe de développement de façon à couvrir à la fois la mission globale des organismes, les ententes spécifiques et les projets. Concrètement et conformément à l'esprit de cette politique, une part de toute nouvelle enveloppe devra être affectée au soutien à la mission globale des organismes communautaires.

Dans le cadre du plan stratégique 2003-2006, la Régie régionale propose de rehausser le financement en appui à la mission globale des organismes communautaires de 11,3 M$. Cette somme permettrait de rehausser le budget de base des 530 organismes déjà subventionnés et d'accorder un financement initial à 86 organismes communautaires admis au programme de soutien aux organismes communautaires mais en attente de financement.

D'ailleurs, une résolution recommandant cette hausse a déjà été adoptée par le conseil d'administration de la Régie régionale en mai 2001 et cette recommandation a déjà été adressée au ministère de la Santé et des Services sociaux. C'est en continuité avec cette recommandation que nous soumettons cette proposition à la consultation dans le cadre de la planification stratégique 2003-2006.

Le secteur de l'économie sociale

La Régie régionale a collaboré depuis 1995, avec des partenaires régionaux (ministère des Affaires municipales et de la Métropole, Emploi-Québec, le ministère de la Sécurité du revenu et de la Solidarité), au développement des entreprises d'économie sociale, qui offrent des services d'aide domestique aux personnes en perte d'autonomie. Le gouvernement a créé un fonds administré par la RAMQ, qui verse aux entreprises une aide de 4,00 $ pour toute heure de service rendue. De plus, le fonds octroie une aide variable additionnelle allant de 0,20 $ à 6,00 $ de l'heure en fonction du revenu pour les clientèles suivantes :

- toutes les personnes de 65 ans et plus
- les personnes de 65 ans et moins en perte d'autonomie référées par les CLSC
- les personnes en perte d'autonomie recevant des allocations financières directes plutôt qu'une prestation institutionnelle de services.

De 1 154 en 1998, le nombre de personnes desservies par les 11 entreprises d'économie sociale en aide domestique est passé à 11 246 au 31 mars 2002. La clientèle des entreprises est constituée à 80 % de femmes et à 68 % de personnes âgées de 65 ans et plus. Fait important, 46 % sont des personnes âgées de 75 ans et plus.

Le nombre d'heures de services rendus a connu une bonne croissance, passant de 16 595 en 1998 à 356 910 au 31 mars 2002.

La Régie régionale reconnaît le rôle important joué par les entreprises d'économie sociale en aide domestique, particulièrement pour les clientèles de maintien à domicile référées par les CLSC. En effet, ces entreprises viennent compléter l'offre de service publique qui ne répond pas à tous les besoins et se concentre sur les services cliniques.

Cependant, nous nous interrogeons sur les orientations futures de ce secteur qui joue et pourrait jouer un rôle plus important dans la réponse aux besoins d'une population vieillissante en offrant des services d'aide domestique de qualité et en sortant de l'économie au noir, ce domaine d'activités.

En effet, la survie des entreprises montréalaises dépend très largement des subventions. Selon une étude du ministère de l'Industrie et du Commerce, les subventions représentent en moyenne 43 % des revenus des entreprises à Montréal par rapport à 18 % pour le reste du Québec. Certaines entreprises perdent même de l'argent à chaque heure de services rendue.

D'autre part, la clientèle est confrontée à des problèmes d'accès provenant du fait que les entreprises, à qui on avait octroyé des territoires de CLSC spécifiques lors du démarrage, considèrent leur secteur comme exclusif. Donc, des personnes qui déménagent doivent changer d'entreprise et celles qui ne sont pas satisfaites ne peuvent changer de fournisseur, alors qu'il s'agit d'un programme gouvernemental universel.

Enfin, aucun organisme n'a juridiction en matière de contrôle de la qualité et de traitement des plaintes dans ce secteur.

Nous espérons que le rôle de ces entreprises soit précisé dans la Politique de soutien à domicile, que les entreprises en difficultés financières puissent accroître leurs revenus autonomes et que le marché de ces services soit libéré des barrières territoriales.

Le secteur privé

La Régie régionale est aussi ouverte à établir des partenariats avec le secteur privé, qu'il soit à but lucratif, sans but lucratif, coopératif ou professionnel.

Bien que nous appartenions au secteur public, nous pensons que cela peut aller de pair avec une collaboration soutenue avec le secteur privé dans plusieurs domaines.

Mentionnons des collaborations déjà établies avec le secteur privé dans les services d'hébergement et de soins de longue durée, dans les hôpitaux de réadaptation, dans la recherche, dans les industries de la santé, dans les technologies de l'information, les communications, les services de soutien, la sécurité.

Nous privilégions une approche pragmatique où nous recherchons les partenariats avec le secteur privé dans des créneaux où sa contribution peut apporter une valeur ajoutée réelle au plan économique, au plan social et au plan de la qualité des services, lesquels doivent demeurer accessibles à tous.

Dans notre plan stratégique 2003-2006, nous sommes intéressés à développer des partenariats avec les cliniques médicales privées intéressées à :

- devenir GMF
- être désignées comme points de services de réseau d'accès rapide aux services diagnostiques
- rendre accessibles les services diagnostiques requis en première ligne
- être reconnues comme cliniques médicales affiliées en médecine spécialisée.

Ces cliniques associées à un hôpital traiteraient les patients référés par l'hôpital en fonction de l'urgence de leur cas.

De plus, nous sommes à la recherche des meilleures solutions pour rendre accessibles rapidement aux médecins de famille, les résultats des tests de laboratoire et des examens de radiologie dont ils ont besoin, sans surcharger davantage les hôpitaux.

Nous sommes ouverts à recevoir des propositions nous permettant de mieux répondre, dans le futur, aux besoins variés d'hébergement de la population âgée en perte d'autonomie. Dans le cadre de l'élaboration de notre Plan régional d'organisation des services aux personnes âgées en perte d'autonomie, nous espérons que des propositions intéressantes émaneront du secteur privé à but lucratif ou sans but lucratif, de façon à diversifier notre gamme de services d'hébergement et de répondre le plus possible, dans la communauté, aux besoins de tous les groupes socio-économiques.

Ressources financières additionnelles requises

7.5 Maintenir et renforcer les partenariats stratégiques au sein de la communauté montréalaise

	BESOINS (M$)			
	Récurrent	Non récurrent	Immobilisations	Indexation
7.5.1 Rehaussement du financement en appui à la mission globale des organismes communautaires	11,3			
Total	**11,3**			

7.6 Développer une stratégie de financement favorisant une gestion optimale des ressources et la réalisation des priorités d'amélioration de la santé et du bien-être 2003-2006

Pour réaliser le plan stratégique 2003-2006 et atteindre les objectifs visés, nous aurons besoin, d'ici 2005-2006, d'une somme récurrente additionnelle de 366,5 M$ sur une base annuelle.

De plus, nous aurons aussi besoin de 142,4 M$ en trois ans sur une base non récurrente. Du côté des investissements, les besoins spécifiquement reliés à la réalisation des priorités 2003-2006 sont estimés à 177 M$, notamment pour la rénovation des salles d'urgence, l'installation des GMF, l'informatisation des urgences et le déploiement d'outils électroniques supportant les réseaux de services intégrés.

Ressources financières additionnelles requises

Pour réaliser les six grandes priorités montréalaises 2003-2006		BESOINS (M$)			
		Récurrent	Non récurrent	Immobilisations	Indexation
5.1	Réduire l'impact des inégalités sociales sur la santé par des actions efficaces de prévention	42,0			
5.2	Apporter, en partenariat, des solutions adaptées aux problématiques sociales montréalaises	31,7			
5.3	Développer un réseau de services de première ligne tissé serré autour des groupes de médecine de famille (GMF)	64,8		29,0	
5.4	Assurer l'accès aux services médicaux et hospitaliers à l'intérieur des délais recommandés	17,2	110,5	127,6	91,7
5.5	Développer des programmes et des réseaux intégrés de services autour des clientèles vulnérables	153,5	11,5	20,4	19,4
5.6	Se doter de plans régionaux d'organisation des services dans quatre secteurs prioritaires	46,0			
Sous-total		**355,2**	**122,0**	**177,0**	**111,1**

Pour réaliser nos défis de gestion 2003-2006		BESOINS (M$)			
		Récurrent	Non récurrent	Immobilisations	Indexation
7.1	Implanter de nouveaux outils de gestion orientés vers l'atteinte de résultats mesurés à partir d'objectifs préalablement fixés, la transparence et l'imputabilité : - les ententes de gestion - une évaluation équilibrée de la performance		6,3		
7.3	S'assurer de la disponibilité et de la mobilisation de la main-d'œuvre		14,1		
7.4	Rendre accessible les systèmes et les technologies de l'information nécessaires au travail en réseau des professionnels, et à une gestion basée sur des données probantes				
7.5	Maintenir et renforcer les partenariats stratégiques au sein de la communauté montréalaise	11,3			
Sous-total		**11,3**	**20,4**		
Total		**366,5**	**142,4**	**177,0**	**111,1**

Comment assurer le financement du plan stratégique en demeurant à l'intérieur du budget octroyé par le ministère ?

Les stratégies possibles de financement

1. Gérer, de façon optimale, le budget actuel de 4 milliards $ et utiliser, de façon ciblée, l'indexation des dépenses que nous obtiendrons au cours des prochaines années

Dans son Plan d'action « *Pour faire les bons choix* », le ministère reconnaît que, pour faire face à la croissance des coûts spécifiques du secteur de la santé et des services sociaux, un taux d'indexation de 2,6 % devrait être ajouté aux coûts connus des autres secteurs d'activités au Québec.

Cette indexation viserait à couvrir l'accroissement des volumes de services engendré par le vieillissement de la population, l'évolution technologique, ainsi que la hausse des coûts des médicaments.

L'obtention d'une indexation de 2,6 % représenterait, pour la région, un budget additionnel récurrent de 107 M $ en 2003-2004, de 214 M$ l'année suivante et d'environ 321 M$ en 2005-2006.

Valeur en millions de dollars de divers taux d'indexation en sus du taux de base de 2,6 % couvrant l'augmentation des salaires et des dépenses diverses

	2003-2004	2004-2005	2005-2006
0,5 %	20,7	41,4	62,1
0,7 %	29,0	58,0	87,0
0,8 %	33,1	66,2	99,3
0,9 %	37,2	74,4	111,6
1,0 %	41,3	82,6	123,9
1,5 %	62,0	124,0	186,0
2,6 %	**107,0**	**214,0**	**321,0**

La réalisation de nos priorités nécessiterait de puiser 111,1 M$ à même cette indexation. Si le taux obtenu était de 2,6 %, cela voudrait dire d'allouer 35 % à cette fin.

La somme requise de 111,1 M$ correspond environ à un taux d'indexation de 0,9 % qui donnerait un budget additionel de 111,6 M$ en 2005-2006. Dans cette perspective, les priorités sont réalisables à condition que l'indexation additionnelle à celle octroyée pour couvrir les hausses des salaires et des autres dépenses se situe entre 0,9 % et 2,6 %.

L'obtention d'un taux de 2,6 % permettrait aussi de résorber, sur trois ans, le déficit structurel des établissements de Montréal.

Nous estimons à 140 M$ le déficit budgétaire des établissements de Montréal pour l'année 2002-2003. Ce déficit est concentré dans les grands hôpitaux universitaires qui produisent, en très grande partie, des services médicaux spécialisés et ultraspécialisés pour lesquels nous voulons augmenter, de façon importante, les volumes pour en assurer l'accès à l'intérieur des délais cliniques recommandés.

De ce déficit, une partie importante est due à la sous-indexation des années antérieures et une autre partie, aux difficultés rencontrées par les institutions à contrôler leurs dépenses. La Régie régionale estime à 100 M$ le déficit structurel de son réseau régional et à 40 M$, la portion qui pourrait se résorber par un meilleur contrôle des coûts.

Environ 30 % du déficit structurel est encourru pour rendre accessibles des services hospitaliers à des personnes provenant des autres régions du Québec. Il est important que ce facteur soit pris en compte dans l'établissement du taux d'indexation.

Avec 2,6 % d'indexation, nous pourrions résorber le déficit structurel en trois ans et il nous resterait, dans ce scénario, environ 70 M$ récurrents pour financer, notamment, les hausses de coûts d'opération reliés à la mise en service d'équipement et d'installation qui seront livrés d'ici 2006. Ces coûts sont estimés à 28,7 M$ par année et sont reliés aux projets présentés à l'annexe 8.

2. Obtenir un développement budgétaire non récurrent tel que le propose le Plan d'action ministériel « *Pour faire les bons choix* », pour assurer l'accès aux services médicaux spécialisés

Le ministère a reconnu le besoin de doter un fonds non récurrent de 162 M$ pour améliorer l'accès à ces services à l'échelle du Québec.

Comme la région métropolitaine représente environ 60 % de la population du Québec et que Montréal dessert une partie des régions voisines dans les secteurs prioritaires identifiés, il serait raisonnable d'obtenir 65 M$ de cette enveloppe sur trois ans afin de compléter le financement requis pour hausser la production des services.

Compte tenu de la présence de patients bénéficiant des interventions ciblées, environ 40 M$ serviraient à assurer les services additionnels requis par la population montréalaise et 25 M$ pour assurer le même accès aux personnes provenant des autres régions.

Ces proportions sont conformes à l'importance relative de la population montréalaise au sein du Québec et au sein de la clientèle desservie par les hôpitaux montréalais dans ce type de services comme nous l'avons démontré au chapitre 5.

3. Obtenir un développement budgétaire récurrent de 366,5 M$ sur trois ans

Dans « *Pour faire les bons choix* », le ministère identifiait les besoins de financement additionnel à 1,6 milliards $.

Le budget additionnel de 366,5 M$ requis à Montréal est cohérent avec les besoins de la population montréalaise qui représente 25 % de la population québécoise, de ses caractéristiques socioéconomiques particulières et des problématiques sociales urbaines auxquelles elle est confrontée. De plus, Montréal assure une importante desserte supra-régionale qui a un impact sur l'accès de la population montréalaise aux services médicaux spécialisés et généraux.

4. Réallouer des ressources actuelles des établissements vers les actions prioritaires convenues dans les ententes de gestion

Il faut évaluer, au cours de la consultation et de l'élaboration des ententes de gestion, quel est le potentiel de réallocation à l'intérieur des ressources actuelles du réseau pour réaliser certaines des priorités envisagées, plutôt que de compter uniquement sur un développement récurrent venant du ministère.

Il faut évaluer notre capacité, en ce sens notamment, pour la réalisation des actions suivantes :

- extension des heures d'ouverture des CLSC;
- développement des réseaux de services intégrés en santé mentale;
- réalisation d'un Plan régional d'organisation des services en déficience physique;
- réalisation d'un Plan régional d'organisation des services en déficience intellectuelle.

5. Identifier des façons de réaliser les priorités à un coût moindre que ceux estimés

Par exemple, la concentration envisagée des chirurgies de la cataracte et des remplacements de la hanche et du genou devrait entraîner une réduction des coûts unitaires par rapport à ceux observés aujourd'hui.

De même, certains services de soutien dans la communauté pourraient être dispensés de façon plus importante qu'aujourd'hui par des allocations directes aux usagers contournant ainsi certains problèmes de pénurie de main-d'œuvre. Dans la même veine, il est moins coûteux de développer des logements sociaux avec services communautaires pour certaines clientèles vulnérables comme les personnes âgées en perte d'autonomie que de miser autant que nous le faisons sur l'hébergement institutionnel.

6. Autofinancer certaines priorités à partir d'une autorisation d'emprunt ou d'un budget initial non récurrent

Une telle stratégie pourrait être envisageable dans le cas du plan régional d'organisation des services d'hébergement que nous élaborerons en 2003-2004. Cela permettrait le développement préalable de ressources alternatives à l'hébergement institutionnel suivi par une réallocation des ressources provenant des milieux institutionnels vétustes.

Cette approche pourrait être couplée à un partenariat avec le secteur privé avec ou sans but lucratif, pour le développement et la gestion de ces nouvelles places d'hébergement. Le réseau se centrerait sur sa mission première, qui est de prodiguer les services de santé et les services sociaux requis par la clientèle en perte d'autonomie

7. Financer les dépenses non récurrentes nécessaires à la réalisation des priorités à même les budgets de développement qui seront obtenus

Ces dépenses sont estimées à 142,4 M$. Si l'on soustrait les 65 M$ provenant du fonds de 162 M$ identifiés dans « *Pour faire les bons choix* » pour financer un meilleur accès aux services médicaux spécialisés, il reste à assurer le financement de 77,4 M$ à partir des développements récurrents qui devraient atteindre 366,5 M$ par année en 2005-2006.

Compte tenu de l'envergure de notre plan, qui nécessitera d'ajouter des milliers de personnes au sein du réseau régional, en particulier dans les CLSC, il faut envisager une implantation graduelle possiblement sur plus de trois ans,

et bien préparer le terrain au plan de l'organisation du travail et de la gestion des ressources humaines. C'est d'ailleurs dans ce secteur que sont prévues la plupart des dépenses non récurrentes, à l'exception de celles nécessaires pour créer un fonds permettant, de façon transitoire, d'adapter l'offre de services d'urgence aux variations saisonnières de la demande. Ce fonds demeurera nécessaire tant que la réorganisation des services de première ligne ne sera pas complétée et n'aura pas produit les effets escomptés.

8. Établir un ordre de priorités

Il est sûr que les développements budgétaires qui viendront seront étalés sur plusieurs années. Un des buts de la consultation est de déterminer un ordre de priorité en fonction de notre capacité d'agir et de l'importance de l'action envisagée sur le maintien et l'évolution de la santé et du bien-être de la population.

Si nous avons une première tranche de 60 à 100 M$, à quelle priorité devons-nous l'allouer ?

Si le financement récurrent obtenu est inférieur à 366,5 M$, quels projets devraient être maintenus en priorité ?

Il est donc important, au sortir de la consultation, de déterminer un ordre de priorité nous permettant de réaliser le meilleur projet possible en fonction des ressources qui seront disponibles, soit par voie de développement, soit par voie de réallocation.

9. Réaliser certaines priorités en cinq ans

Compte tenu de l'ampleur du projet qui vise à apporter des changements fondamentaux à l'organisation des services de première ligne, il serait peut-être sage de prendre les décisions stratégiques et d'en assurer le financement rapidement, mais d'étaler l'implantation de certaines priorités sur cinq ans.

Un tel rythme d'implantation permettrait davantage la réussite, en donnant le temps à ceux qui donnent les services, de bien s'organiser au plan des ressources humaines, des ressources matérielles et des ressources informationnelles.

Introduire avec succès plus de 4 000 personnes dans le réseau montréalais est un défi majeur à relever, compte tenu des modes actuels d'organisation du travail, des pénuries de main d'œuvre de certains secteurs et des adaptations à faire au plan des locaux et des équipements informatiques notamment.

10. Se doter de plans stratégiques en matière d'immobilisations, d'équipement et de ressources informationnelles

L'adaptation des milieux de travail et de l'outillage technologique auront une influence majeure sur l'atteinte de nos objectifs au plan de la livraison des services et de la mobilisation des médecins et de la main-d'oeuvre.

Le parc d'équipements actuel a une valeur de 1,1 milliard $ et nécessitera des budgets significatifs de remplacement et de développement au cours des années à venir. Les besoins pour le financement d'aides techniques pour les activités de la vie quotidienne et les activités de la vie domestique iront en croissant, compte tenu des développements importants qui seront faits en maintien à domicile. Il sera aussi nécessaire d'investir pour mieux équiper le personnel oeuvrant dans les unités de soins et les unités de vie afin de leur procurer de meilleures conditions d'exercice : lits à commandes électriques, lève-patients sur rails, etc.

De même, il faudra, en tenant compte des priorités nationales et régionales, planifier l'implantation, dans la région, des équipements de haute technologie comme les tomographes à émission de positron (TEP), à titre d'exemple.

Nous aurons à réviser la stratégie actuelle de maintien de notre actif immobilier régional, qui a une valeur de remplacement de 4 milliards $ et qui ne bénéficie que d'un budget de maintien de 14,6 M$ par année. Enfin, nous devrons, suite à l'adoption du plan stratégique 2003-2006, nous doter d'un plan directeur des immobilisations et réviser nos priorités nos priorités actuelles en matière de développement immobilier (voir annexe 9).

Du côté des systèmes et des technologies de l'information, dans la foulée de l'adoption du plan stratégique 2003-2006, nous aurons, tel que le recommande le Vérificateur général, à élaborer un plan d'affaires des ressources informationnelles.

La région de Montréal dispose d'un imposant parc d'équipement en matière de technologie et système d'information. Un recensement récent (RESIR) permet d'évaluer le nombre de postes de travail dans la région à près de 30 000, d'imprimantes à près de 10 000 et de serveurs en tout genre à près de 1 000.

À ces investissements, il faut ajouter les frais d'infrastructures et les équipements de réseautique, de même que l'ensemble des frais d'acquisition de logiciels de bureautique et d'applications cliniques ou administratives en tous genres. Pour compliquer ce tableau et à défaut de financement spécifique, plusieurs établissements ont recours à des formules de location et d'impartition de services qui incluent une forte composante d'amortissement des actifs. On peut affirmer sans risque que l'investissement se situe aux environs de 200 M$ et que la durée de vie moyenne de la grande majorité de ces composantes ne dépasse guère 5 ans. C'est donc à la hauteur d'environ 40 M$ que le réseau de la région de Montréal doit investir annuellement pour assurer le maintien de ces actifs.

La question qui se pose n'est pas de savoir si les dépenses de maintien des actifs doivent se faire mais de déterminer s'il serait pertinent de créer un fonds régionalisé de maintien des actifs, comme il en existe pour les actifs immobiliers et les équipements médicaux, ou si l'on doit assurer le financement en y affectant un pourcentage des budgets d'exploitation et en y allouant, de façon systématique, un pourcentage de tout budget de développement reçu dans l'avenir, comme on le fait pour le mobilier, l'équipement et les locations d'espaces.

Enfin, les établissements ont identifié des besoins de développements de plus de 130 M$ qu'ils souhaitent faire au cours des trois prochaines années. Plus de 75 % des développements envisagés sont dans les systèmes d'information cliniques, la radiologie, les dossiers patients, les laboratoires et les technologies. En valeur, 90 % des projets envisagés sont dans les hôpitaux dont la moitié dans les trois CHU de la région.

Donc, en plus des projets directement reliés aux objectifs spécifiques du plan stratégique 2003-2006, nous aurons à nous donner un plan stratégique de développement des ressources informationnelles qui déterminera les priorités dans ce domaine pour les années à venir et les stratégies de financement afférentes.

8.
Conclusion

La consultation qui s'amorce vise, d'ici le mois de mai 2003, à valider la pertinence des priorités proposées, le degré d'importance à accorder à chacune, la valeur des résultats attendus et notre capacité de les atteindre par les actions proposées et les stratégies envisagées au plan des effectifs médicaux, de la main-d'œuvre, des ressources matérielles, informationnelles et financières.

Nous sollicitons donc la contribution du milieu montréalais afin de bonifier les propositions initiales et de bâtir un consensus fort en faveur du Plan montréalais d'amélioration de la santé et du bien-être 2003-2006, que la Régie adoptera au mois de juin prochain, en même temps que son Plan d'action montréalais en santé publique.

Ces plans, une fois adoptés, auront un impact déterminant sur :

- les priorités d'allocation des ressources
- les ententes de gestion entre la Régie régionale et le ministère et entre la Régie et les établissements de Montréal
- les projets à mener avec nos partenaires régionaux.

Au cours des deux prochains mois, à travers les différents mécanismes de consultation prévus, nous chercherons à répondre aux questions suivantes :

Est-ce que les six priorités proposées sont pertinentes ?

Est-ce que les résultats attendus dans chacune de ces priorités justifient les actions proposées et les ressources à y consacrer ?

Est-ce que la répartition proposée des ressources additionnelles entre les différentes priorités est justifiée ?

	Besoins (M$)
1. Réduire l'impact des inégalités sociales sur la santé par des actions efficaces de prévention	**42,0**
2. Apporter en partenariat des solutions adaptées aux problématiques sociales montréalaises : - jeunesse en difficulté - violence - prostitution - itinérance - logement social - jeu pathologique - alcoolisme et toxicomanie	**31,7**
3. Développer un réseau de services de première ligne tissé serré autour des groupes de médecine de famille (GMF)	**64,8**
4. Assurer l'accès aux services médicaux et hospitaliers à l'intérieur des délais recommandés - doter Montréal d'un réseau d'accès rapide aux services diagnostiques disponibles de 8 h à 20 h, 365 jours par année - concentrer dans des centres désignés les activités de chirurgie de la cataracte et de remplacement de la hanche et du genou	**17,2**
5. Développer des programmes et des réseaux de services intégrés à l'intention des clientèles vulnérables : - personnes âgées en perte d'autonomie - personnes souffrant de maladies chroniques évolutives (maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), insuffisance cardiaque, diabète) - personnes atteintes de cancer - personnes atteintes du SIDA - personnes souffrant de maladie mentale - personnes présentant des troubles envahissants du développement (TED)	**153,5**
6. Se doter des plans régionaux d'organisation des services dans quatre secteurs prioritaires : - services d'hébergement et de soins de longue durée - services aux personnes ayant une déficience physique - services aux personnes ayant une déficience intellectuelle - services en périnatalité	**46,0**
	355,2

Maintenant, à l'intérieur de chacune de ces priorités, plusieurs questions seront posées au cours de la consultation :

1. Réduire l'impact des inégalités sociales sur la santé par des actions efficaces de prévention

- Est-ce que les actions proposées en prévention pour réduire l'impact des inégalités sociales sur la santé ont de bonnes chances de produire les résultats attendus ?
- Quels sont les engagements des partenaires interpelés pour la réalisation de notre Plan d'action montréalais en santé publique ?
- Est-ce que la répartition des ressources entre les différents axes du Plan d'action montréalais en santé publique est adéquate ?

2. Apporter, en partenariat, des solutions adaptées aux problématiques sociales montréalaises

- Est-ce que l'ajout de ressources psychosociales en première ligne va permettre d'atteindre les résultats attendus par rapport aux jeunes faisant l'objet de signalements non retenus par la Direction de la protection de la jeunesse ?
- Quelles sont les conditions nécessaires à la réussite des équipes locales d'intervention jeunesse ?
- Quelles stratégies retenir pour le développement et le financement des logements sociaux avec services communautaires ?

3. Développer un réseau de services de première ligne tissé serré autour des groupes de médecine de famille (GMF)

- À quelles conditions un nombre suffisant de médecins se mobiliseront pour mettre sur pied les GMF prévus à Montréal ?
- Quel plan de main-d'œuvre les CLSC adopteront-ils pour atteindre les résultats attendus d'eux avec les ressources financières additionnelles prévues ?

4. Assurer l'accès aux services médicaux et hospitaliers à l'intérieur des délais recommandés

- Dans quels délais le réseau d'accès rapide aux services diagnostiques peut-il être mis sur pied ?
- Est-ce que la concentration envisagée des activités de chirurgie de la cataracte et du remplacement de la hanche et du genou permettra d'atteindre les résultats attendus quant aux délais d'accès, à la réduction des coûts unitaires, tout en assurant la qualité ?

5. Développer des programmes et des réseaux de services intégrés autour des clientèles vulnérables

- Est-ce que les actions proposées pour soutenir le réseau de services intégrés sont adéquates ?
- Est-ce que le niveau prévu de financement des services à domicile est suffisant pour répondre aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie et des personnes nécessitant des soins palliatifs ?
- Est-ce que les clientèles vulnérables identifiées sont bien celles qui devraient être visées ?
- Comment organiser les services d'hébergement pour les personnes âgées en perte d'autonomie ? Comment développer davantage de ressources d'hébergement en dehors des institutions ? Logement social avec support communautaire, ressources privées à but lucratif ou non lucratif, ressources familiales intermédiaires ?

6. Se doter de plans régionaux d'organisation de services dans quatre secteurs prioritaires

- Est-ce que les domaines proposés sont pertinents ?

De plus, nous aurons à réfléchir ensemble aux stratégies à adopter en matière de main-d'œuvre pour atteindre nos objectifs malgré les problèmes de pénurie présents dans certains secteurs. Avant de procéder à toute allocation de budget de développement, nous devons nous assurer de la faisabilité du projet au plan de la disponibilité des ressources humaines.

Nous souhaitons qu'au cours de la consultation, des idées novatrices émergent et nous permettent d'explorer de nouvelles avenues en matière d'organisation du travail et de partenariat avec les usagers et la communauté.

Toutes ces questions feront l'objet des échanges que nous aurons au cours des prochains mois avec tous ceux qui s'intéressent à l'avenir du réseau montréalais de la santé et des services sociaux et à sa contribution à l'amélioration de la santé et du bien-être des Montréalais et des Montréalaises.

Au sortit de cette consultation, nous aurons à déterminer quelles sont, en définitive, nos priorités pour les prochaines années ? Dans quel ordre nous les réaliserons, compte tenu des ressources humaines et financières qui seront réellement disponibles.

Il faut d'ores et déjà réfléchir à l'ordonnancement de nos priorités, car il est certain que les ressources additionnelles arriveront graduellement et qu'il y aura sans doute des écarts entre les ressources projetées et les ressources obtenues.

Ces questions sont complexes, mais nous savons qu'avec la contribution du milieu montréalais, où se retrouvent tant de compétences diverses, nous saurons trouver les bonnes réponses, celles qui mettront « *La Santé en actions* ».

Annexe 1.

Sommaire des ressources de santé publique (2001-2002) en CLSC et DSP et de l'estimé des besoins (2003-2006) pour chacun des axes du plan d'action régional de santé publique Montréal-Centre

AXES	MAINTIEN* Ressources de santé publique 2001-2002		SOUS-TOTAL	CONSOLIDATION-DÉVELOPPEMENT (RÉSEAU SSS)		SOUS-TOTAL	ACTION INTER-SECTORIELLE ****	TOTAL
	CLSC	DSP		PREMIÈRE LIGNE **	SANTÉ PUBLIQUE ***			
1	2 068 403	70 000	2 138 403	1 000 000	100 000	1 100 000 (4 %)	2 000 000 (16 %)	5 238 403
2	N/A	N/A	N/A	2 600 000	200 000	2 800 000 (9 %)	N/A	2 800 000
3	25 400 000	4 000 000	29 400 000	16 585 000	500 000	17 085 000 (56 %)	6 500 000 (54%)	52 985 000
4	6 500 000	3 400 000	9 900 000	1 765 000	500 000	2 265 000 (8 %)	500 000 (5%)	12 665 000
5	10 500 000	3 320 000	13 820 000	5 050 500	1 200 000	6 250 000 (21 %)	3 000 000 (25%)	23 070 000
6	N/A	380 000	380 000	N/A	500 000	500 000 (2 %)	N/A	880 000
TOTAL	**44 468 403**	**11 170 000**	**55 638 403**	**27 000 000**	**3 000 000**	**30 000 000**	**12 000 000**	**97 638 403**

* Ressources de santé publique en CLSC et DSP affectées à cet axe dans la région selon les données du *Portrait des ressources de santé publique dans les directions de santé publique et les CLSC (2001-2002)* réalisé par le MSSS en 2002.

** Conformément au plan du MSSS, *Pour faire les bons choix (2002)*, il s'agit des besoins estimés pour soutenir le personnel du réseau (médecins, infirmières, travailleurs sociaux, etc.), surtout en CLSC.

*** Fonctions de surveillance, de coordination régionale et d'évaluation nécessaires pour soutenir la mise en œuvre du plan d'action régional.

**** Conformément au plan du MSSS, *Pour faire les bons choix (2002)*, il s'agit des besoins estimés pour soutenir les autres secteurs d'activité, surtout le milieu communautaire.

Annexe 2.
Projet de démarche-action : arrondissement de Montréal-Nord

POSITIONNEMENT ADOPTÉ AU COMITÉ DE DIRECTION DE LA RÉGIE RÉGIONALE DE MONTRÉAL-CENTRE LE 5 FÉVRIER 2002

I - Bref historique

Suite à l'adoption d'un décret (107-2000) par le Conseil des ministres le 9 février 2000, la Conférence administrative régionale (CAR), qui regroupe tous les ministères et organismes gouvernementaux régionaux, s'est vue confier le mandat d'assurer la concertation et l'harmonisation interministérielles afin de promouvoir une vision intégrée et cohérente de l'action gouvernementale sur le territoire. La coordination des travaux de la CAR est assumée par le ministère des Affaires municipales et de la Métropole, sous la responsabilité du sous-ministre adjoint au développement local et régional.

Dans le secteur social, la CAR a créé un comité de travail (CAR- Développement social) formé des principaux membres intervenant dans le développement social, incluant la Régie régionale. Dans une première étape, ce comité a produit un portrait de la défavorisation sur le territoire de la nouvelle Ville de Montréal ainsi qu'un portrait des investissements gouvernementaux consacrés aux personnes démunies. Dans le cadre de cette démarche, la Régie régionale a participé aux travaux et collaboré à l'élaboration de ces portraits pour ce qui concerne plus particulièrement le secteur de la santé et des services sociaux.

La deuxième étape a consisté à élaborer un Cadre d'intervention régional et à définir une stratégie d'intervention basée sur une approche territoriale visant à développer des interventions intégrées dans des territoires où se concentrent de multiples facteurs de défavorisation. C'est ainsi que l'arrondissement de Montréal-Nord a été identifié pour mener une éventuelle expérimentation de démarche-action.

À la Régie régionale même, nous avons identifié et validé les données du secteur de la santé et des services sociaux pour le portrait de la défavorisation et des investissements gouvernementaux. Par la suite, il fut précisé si le projet proposé par la CAR présente un intérêt pour les différents secteurs concernés de la Régie régionale et identifié certaines conditions de succès.

II - Positionnement adopté par la Régie régionale dans ce dossier

Pour la Régie régionale de Montréal, l'approche proposée par la CAR - Développement social peut être une avenue prometteuse en termes de développement social et pourrait permettre d'apporter des réponses durables et structurantes à divers besoins de la population. En effet, une véritable concertation gouvernementale interministérielle au niveau régional pourrait probablement créer une meilleure synergie des efforts et également faciliter, au niveau local, la concertation des partenaires gouvernementaux et du milieu en autant qu'une bonne liaison soit instaurée entre les deux paliers.

Le projet de démarche-action dans l'arrondissement de Montréal-Nord qui est actuellement mis de l'avant devrait entre autres permettre de mesurer la plus value d'une concertation gouvernementale interministérielle au niveau régional et au niveau local.

Du point de vue de la Régie régionale, certaines caractéristiques du territoire militent en fonction du choix de Montréal-Nord pour ce projet :

- sur plusieurs indicateurs de pauvreté, cet arrondissement se classe parmi les quartiers les plus défavorisés. Du côté de la santé, 10% des signalements à la DPJ proviennent de ce territoire;
- les territoires sociosanitaire et municipal sont les mêmes; dans l'arrondissement, on trouve un seul CLSC, un centre local d'emploi, la même commission scolaire;
- il s'agit d'un quartier où il y a un déficit de logements sociaux bien qu'il soit le lieu d'un projet novateur souvent cité : «Place Normandie» qui offre des logements sociaux avec services aux familles;
- il pourrait y avoir une synergie entre le projet en gestation et le projet régional de logements sociaux ainsi qu'avec le projet jeunesse montréalais.

Selon nous, les conditions suivantes doivent cependant être présentes pour assurer le succès de ce projet.

1. Objectifs visés

Sur la base d'une concertation intersectorielle tant au niveau régional que local, intervenir sur des problématiques de pauvreté dans l'arrondissement de Montréal-Nord en vue :

- d'améliorer les conditions de vie de clientèles ciblées d'un commun accord par les partenaires régionaux et locaux
- de réduire certains éléments d'inégalités sociales résultant d'une situation de pauvreté.

2. Pré-requis

La stratégie doit nécessairement reposer sur un plan de développement local concerté et accepté par les différents partenaires.

3. Cibles

Le projet de démarche-action doit viser deux à trois cibles précises (ex. : les familles monoparentales, les tout-petits, etc.) afin d'éviter de couvrir un trop grand nombre de problématiques ou de clientèles et d'assurer une meilleure concentration des efforts ou des investissements. Ces cibles doivent être le fondement du plan de développement local et comporter des objectifs de résultats observables.

4. Réalisation

4.1 Leadership

Au niveau local, le projet doit être sous la responsabilité d'une entité ou d'une ressource qui peut rallier tous les partenaires locaux, tant des secteurs gouvernementaux que des différents milieux, et qui dispose de la crédibilité et des leviers nécessaires. La Ville de Montréal, par l'entremise du président et du directeur de l'arrondissement, pourrait être bien placée pour assumer un tel rôle d'autant plus qu'elle a à préparer un plan de développement social. La réussite d'un tel projet nécessite l'adhésion de la Ville de Montréal autant au plan central que local.

Le mécanisme de concertation à privilégier pourrait être la table locale Vivre en santé qui regroupe les partenaires pertinents.

4.2 Coordination du projet

La coordination du projet devrait continuer à être assurée par le ministère des Affaires municipales et de la Métropole (MAMM) qui préside la Conférence administrative régionale (CAR).

5. Coordination interministérielle

Une des conditions de succès d'un tel projet est la coordination entre les ministères quant à des projets d'investissement ou de développement de projets à Montréal-Nord.

6. Évaluation

Il est essentiel qu'un devis d'évaluation soit développé pour mesurer les résultats du projet de démarche-action. Cette évaluation devrait avoir pour objectifs plus spécifiques de :

- mesurer, à investissement égal, c'est-à-dire sans ajout supplémentaire de budget, l'effet de la concertation gouvernementale interministérielle au niveau régional et de la concertation gouvernementale et du milieu au niveau local par rapport à une intervention sectorielle
- mesure les changement survenus et les améliorations constatées au niveau local en ce qui concerne les cibles retenues et les clientèles visées.

Un secteur-témoin, donc un arrondissement-témoin ayant des caractéristiques comparables à celui du projet, en l'occurrence Montréal-Nord, doit être identifié aux fins de comparaison et de validation des résultats.

III - Évolution du projet de démarche-action en janvier 2003

Deux projets ont été développés par les groupes promoteurs de Montréal-Nord et adoptés par la CAR-DS en novembre 2002. Les budgets nécessaires seront déterminés plus précisément par la chargée de projet qui entre en fonction en janvier 2003. Il est à prévoir une demande de participation financière de la Régie régionale pour des activités sous la responsabilité du CLSC Montréal-Nord ou d'organismes communautaires. À cet effet, nous notons la cohérence des activités proposées par le CLSC et le programme national de soutien aux jeunes familles.

En février 2003, le devis d'évaluation sera prêt pour la présentation aux partenaires locaux et à la CAR-DS pour approbation. L'évaluation couvrira trois niveaux de questionnement dont les processus, les effets structurants de la CAR sur l'action locale et les résultats. L'approche évaluative se réalisera sur la base des mêmes principes que l'intervention elle-même, visant la participation et l'appropriation locale. La direction de la santé publique supervise ce volet.

PROJET DE SOUTIEN AUX JEUNES FAMILLES DÉFAVORISÉES SOCIO-ÉCONOMIQUEMENT DE MONTRÉAL-NORD

L'objectif général du projet est d'outiller et accompagner les jeunes familles défavorisées afin de lutter contre la pauvreté et d'éviter qu'elle se perpétue de génération en génération.

On estime à 500 le nombre de jeunes mères de moins de 25 ans et elles ont environ 710 enfants. 330 sont prestataires de la sécurité du revenu, dont 255 sont cheffes de familles monoparentales. Par ailleurs, 75 jeunes femmes de moins de dix-huit ans sont actuellement enceintes. Il est difficile d'évaluer le nombre de jeunes pères mais on sait qu'il sont peu nombreux à être monoparentaux.

Le projet comporte trois volets :

- Agir auprès d'un groupe cible de jeunes parents afin de faciliter leur accès à divers moyens d'intégrer le marché du travail et développer chez eux des habiletés personnelles et parentales
- Soutenir le développement du potentiel et du bien-être des enfants de ces parents
- développer préventivement chez les jeunes de 3 à 5 ans de l'arrondissement (plusieurs milieux ciblés) des habiletés sociales et du support à l'intégration scolaire afin d'augmenter leur chance de réussir.

Le recrutement des jeunes parents participants débutera sous peu afin de démarrer des activités à partir d'avril 2003.

UN ITINÉRAIRE POUR TOUS : PROJET DE PRISE EN MAIN D'UNE COMMUNAUTÉ

Ce projet vise à redonner du pouvoir sur leur développement personnel, familial et économique aux populations démunies de Montréal-Nord, en particulier celles du secteur Nord-Est. Le moyen privilégié par le milieu local est l'implantation d'un centre socio-communautaire, ouvert à l'ensemble de la population, qui serait construit dans le parc Henri-Bourassa, limitrophe au secteur Nord-Est.

La mission générale du centre est de soutenir la population locale dans l'appropriation de son pouvoir d'agir en l'outillant pour qu'elle améliore sa situation économique dans une perspective large de développement social.

Dans ce centre, seraient déployées des activités destinées principalement aux personnes démunies mais ouvertes à l'ensemble de la population avec trois objectifs principaux favorisant :

- le développement de compétences personnelles et familiales
- le développement de compétences professionnelles visant l'insertion au marché du travail
- l'émergence d'entreprises

Aux activités du projet de la démarche-action de la CAR-DS, viendront se joindre dans le centre d'autres services municipaux comme une bibliothèque.

Ce projet est tributaire de la construction du centre socio-communautaire dans le cadre du programme de renouveau urbain (Ville et MAMM). Au cours de l'année, les équipes locales devront élaborer la structure de fonctionnement démocratique pour la gestion du centre, la programmation des activités en concertation avec les organismes concernés ainsi que la consultation et mobilisation de la population que le centre veut rejoindre.

Annexe 3.
Proposition d'organisation des services de pédopsychiatrie

Région de Montréal et Laval

PROPOSITIONS DE REGROUPEMENTS POUR L'EXERCICE DES MANDATS SECTORIEL ET SOUS-RÉGIONAL

3.1 PRINCIPES ET BALISES DE REGROUPEMENT DES SERVICES ET DÉPARTEMENTS DE PÉDOPSYCHIATRIE

PRINCIPES

- Respect des mouvements naturels des clientèles
- Proximité des services
- Accès équitable et continuité des services
- Autonomie territoriale à l'échelle des territoires (sous-régions) pour l'exercice des mandats sectoriel et sous-régional : panier de services communs à tous
- Constitution de masses critiques tant des pédopsychiatres que des professionnels afin d'assurer la stabilité des départements
- Respect des couloirs de collaboration existants
- Respect des deux réseaux universitaires

BALISES

- Au regard du mandat sectoriel, viser l'équilibre entre la capacité de desserte des pédopsychiatres et la capacité de desserte des professionnels à partir de l'application du ratio : 1.0 pédopsychiatre/3.0 professionnels/10 000 jeunes
- Complémentarité des services
- Harmonisation de la sectorisation de la pédopsychiatrie à celle de la psychiatrie adulte.

3.2 CONDITIONS DE RÉALISATION POUR L'EXERCICE DES MANDATS SECTORIEL ET SOUS-RÉGIONAL

Population

- Respect des mouvements naturels des clientèles
- Proximité des services

Équilibre des capacités de desserte

- Les ressources actuellement affectées aux services liés au mandat sectoriel (clinique externe et consultation/concertation auprès des partenaires de la première ligne) ne permettent pas l'atteinte du ratio minimal de 1.0 pédopsychiatre/3.0 professionnels 10 000 jeunes[1]
- Pour atteindre ce ratio, il faut combler un manque au niveau des professionnels de l'ordre de 19,8 ETC. Il y a donc une contribution attendue de certains établissements à même les ressources déjà affectées à d'autres mandats en pédopsychiatrie (nouvelle affectation de ressources)
- L'atteinte d'un équilibre dans les capacités de desserte afin que les établissements puissent assumer pleinement et de façon équitable les mandats attribués implique de :
  - regrouper des services ou départements
  - distinguer le plan des effectifs médicaux pédopsychiatres de celui des psychiatres en adulte
  - jumeler les plans d'effectifs médicaux pour les services ou départements regroupés

Harmonisation des sectorisations pédopsychiatrie et psychiatrie adulte

- Changement majeur : pour chaque territoire de CLSC, il y a désormais un seul établissement attitré
- Des modifications de territoires pour certains établissements devront être effectuées.

1 | Ce ratio est établi en fonction des ressources disponibles et demeure en deçà du ratio proposé par le ministère : 1.0 pédopsychiatre/4.0 professionnels/10 000 jeunes

Annexe 4.

Avis de la Commission médicale régionale

AVIS DE LA COMMISSION MÉDICALE RÉGIONALE SUR LA CONCENTRATION DES SERVICES MÉDICAUX SPÉCIALISÉS

...

4- La concentration de certaines activités médicales spécialisées

La CMR endosse le principe de la concentration des services médicaux spécialisés en autant qu'elle bénéficie aux patients en termes d'accessibilité et de qualité des services.

La CMR a adopté le cadre clinique et pédagogique ci-joint, lequel, estime-t-elle, devrait supporter tout exercice de concentration des effectifs médicaux.

5- Le cadre clinique et pédagogique qui doit supporter la concentration de certains services médicaux spécialisés dans un ou des établissements de la région de l'Île de Montréal

Compte tenu des principes directeurs déjà adoptés par la Commission médicale régionale concernant l'organisation des services médicaux, elle estime que si l'on fait de la concentration de services, les principes suivants s'appliquent :

- La décision de concentrer des services médicaux spécialisés doit reposer sur les impératifs ou les objectifs suivants : meilleure disponibilité ou accessibilité, optimisation de l'exercice pour cas complexes, meilleure efficacité, meilleure efficience, meilleure continuité des soins;
- La qualité des soins médicaux est la même quel que soit le milieu où ils sont concentrés;
- Les ressources nécessaires, qu'elles soient professionnelles, matérielles ou financières, doivent être présentes ou garanties pour assurer cette qualité;
- La concentration des services médicaux ne peut et ne doit pas se faire au détriment de la qualité de la formation des résidents; au contraire, les résidents devraient idéalement y trouver une valeur ajoutée;

La Commission médicale régionale demande d'être consultée pour tout projet de concentration de services médicaux.

AVIS DE LA COMMISSION MÉDICALE RÉGIONALE SUR LA DÉSIGNATION

La désignation fait référence le plus souvent au processus utilisé par les universités et le ministère pour nommer les instituts, les CHU et les CHA.

Cependant, la désignation peut aussi concerner l'endroit ou les endroits où on veut, par exemple, concentrer des services, installer de la haute technologie dans un établissement au service de plusieurs établissements ou encore

développer des points d'excellence ou des services pointus dans un établissement pour servir à d'autres.

Eu égard à la notion de coût/efficacité liée à ce processus et à la compétition qu'il engendre entre les établissements, les budgets suivant les services, la C.M.R. juge utile de soumettre à la Régie régionale, les principes qui devraient la guider dans la désignation de centre hospitalier, aux fins d'organisation de services :

1. *Tout en reconnaissant l'importance du critère coût/efficacité, dans un contexte d'utilisation rationnelle des ressources, il y a lieu de voir la désignation d'abord comme moyen d'offrir des soins de qualité*

Par exemple, le fait de désigner un centre de chirurgie cardiaque pédiatrique se défend davantage par l'argument que les résultats des interventions seront meilleurs plutôt que par celui des économies à faire.

2. *La désignation doit s'inscrire dans le cadre du plan régional d'organisation des services médicaux de la Régie régionale. Elle doit donc être planifiée, faisant l'objet d'une consultation à l'interne et à l'externe.*

3. *La C.M.R. estime que les principes qu'elle a mis de l'avant dans le cadre clinique et pédagogique qui doit supporter la concentration de certains services médicaux spécialisés s'appliquent à la désignation*

Pour en savoir plus, consulter : « *L'accès en actions* »
Plan montréalais des services médicaux spécialisés
et des besoins en effectifs médicaux,
Avis de la Commission médicale régionale, décembre 2002

Annexe 5.
Extrait de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LRQ, c. S-4.2)

Dépôt des plans. **347.** La régie régionale doit, conformément à son plan stratégique triennal d'organisation de services et en collaboration avec les établissements et les organismes communautaires de sa région ainsi qu'avec les intervenants des secteurs d'activités ayant un impact sur la santé et les services sociaux, le cas échéant, élaborer et mettre en œuvre des plans d'organisation de services.

Plans conformes. Ces plans doivent être conformes aux orientations déterminées par le ministre et aux politiques qu'il établit.

Contenu De plus, ces plans identifient les services requis pour répondre aux besoins de la population de la région en tenant compte:

1° (paragraphe abrogé);

2° des ressources sociosanitaires de la région, particulièrement celles des organismes communautaires;

3° de la mission des centres exploités par les établissements de la région;

4° des ressources financières identifiées à cette fin;

5° des caractéristiques socioculturelles et linguistiques de la population de la région et, le cas échéant, des établissements de sa région qui sont visés à l'article 348;

6° de l'organisation de l'enseignement et de la recherche effectués par les établissements de la région.

Identification des établissements Ils identifient les établissements qui exploitent un centre local de services communautaires qui peuvent offrir des services de sage-femme et, à cet effet, qui peuvent conclure un contrat de services avec une sage-femme conformément à l'article 259.2.

Contribution. Ils doivent préciser la contribution attendue de chaque établissement et chaque organisme communautaire de la région en vue d'atteindre les objectifs formulés dans la politique.

Annulation d'une décision. Le ministre peut, sous réserve du droit des tiers, annuler une décision d'une régie régionale prise en application d'un plan d'organisation de services qui n'est pas conforme à ses orientations et politiques.

Approbation des plans. La partie des plans qui vise les services ultraspécialisés déterminés par le ministre et qui sont offerts par les établissements de la région ou celle qui vise les services pour lesquels un établissement s'est vu accorder une vocation suprarégionale par le ministre en application du paragraphe 1° de l'article 112 doit être soumise à celui-ci pour approbation

Annexe 6.

Équipes oncologiques

ÉQUIPE RÉGIONALE D'INTERVENTION AUPRÈS DE LA POPULATION

Mandat

Pour exercer son mandat, l'équipe interdisciplinaire régionale d'intervention auprès de la population devra assurer :

- l'instauration, la coordination et le suivi des activités de promotion-prévention et de dépistage systématique selon le plan de lutte contre le cancer de la région
- l'intégration et le maintien des activités en rapport avec les préoccupations de la population au sein du réseau régional de lutte contre le cancer
- la diffusion de l'information pertinente, tant dans la population que chez les intervenants
- la disponibilité de l'expertise pour des consultations en matière d'intervention auprès de la population
- l'expertise en matière de surveillance et de suivi et la disponibilité de cette expertise pour les travaux de planification, d'implantation et de suivi du plan régional de lutte contre le cancer

Cette équipe sera un acteur primordial dans le processus dynamique d'amélioration de la qualité des activités et des services du réseau de lutte contre le cancer de sa région. Les membres de l'équipe contribueront à l'interprétation des données et à l'intégration des nouvelles connaissances.

Composition de l'équipe régionale

L'équipe sera composée d'intervenants provenant de plusieurs établissements, de la régie régionale et des organismes communautaires engagés dans la lutte contre le cancer. Ces intervenants appartiendront à plusieurs disciplines (sciences de la santé, santé publique, sciences sociales, épidémiologie). La taille de l'équipe pourra varier selon la taille et la densité de la population de la région en cause.

ÉQUIPE INTERDISCIPLINAIRE LOCALE D'ONCOLOGIE

Mandat

L'équipe interdisciplinaire locale d'oncologie assumera le suivi et le soutien des personnes atteintes et appliquera les traitements, particulièrement ceux qui touchent la chimiothérapie, les soins de soutien et les soins de fin de vie. Localement, l'équipe sera responsable de l'application du programme de lutte contre le cancer et servira de point de référence en matière d'oncologie.

Les différents intervenants d'une équipe interdisciplinaire n'appartiendront pas nécessairement tous à un même établissement, mais devront cependant pouvoir trouver un point de ralliement dans un des établissements locaux. Toutefois, les formules de gestion pourront varier d'un territoire à l'autre.

Pour exercer son mandat local, l'équipe interdisciplinaire devra :

- assurer une disponibilité telle que la période d'attente pour l'administration de la chimiothérapie à la suite du diagnostic ne dépasse jamais cinq jours ouvrables
- grâce à des ententes, pouvoir hospitaliser des malades souvent aux prises avec des complications (fièvre, neutropénie, hémorragie...)
- recevoir au moins quinze patients atteints d'un cancer par semaine pour maintenir sa compétence et offrir des services de qualité
- être en mesure d'évaluer sa pratique (morbidité, mortalité... et l'atteinte des objectifs fixés dans le programme d'oncologie
- connaître, suivre et diffuser (localement)les guides de pratique en oncologie et proposer les services offerts
- offrir un programme de maintien de compétence pour l'ensemble de ses membres.

Deux facteurs influenceront principalement le nombre et la taille des équipes dans une région : la dispersion de la population sur le territoire et le nombre d'usagers à desservir.

Composition de l'équipe locale d'oncologie

L'équipe sera composée minimalement : d'infirmières, d'un médecin, d'un pharmacien, de l'intervenant responsable de l'équipe de maintien à domicile ayant de l'expérience en oncologie, des intervenants bénévoles engagés dans les activités de soutien. De manière ponctuelle ou permanente, les chirurgiens appelés à intervenir pourront se joindre à l'équipe.

Annexe 7.

Critères de désignation

NOMBRE DE CAS REQUIS POUR ASSURER LE MAINTIEN DE L'EXPERTISE ET DE LA QUALITÉ DES SERVICES SELON LE PQLC

SIÈGE TUMORAL	LOCAL	RÉGIONAL	SUPRA-RÉGIONAL
SEIN	Assurer délai maximum de 4 semaines pour une consultation Accessibilité rapide à la chimiothérapie Un chirurgien doit opérer 30 nouveaux cas/année	- CRID - Délai maximum de 8 semaines en radiothérapie - Posséder une équipe interdisciplinaire - Accessibilité à une biopsie à l'aiguille fine, à biopsie sous contrôle stéréotaxique et biopsie avec guidage au harpon - Traitement des cancers in situ	- L'équipe doit être formée de consultants qui consacrent 50% de leur travail clinique au traitement du cancer du sein - Participation des médecins à l'enseignement et la recherche - Supervision de 200 nouveaux cas /année
LEUCÉMIE ET LYMPHOME	N/A	- Un minimum de 25 nouveaux cas/année - Un minimum de 6 nouveaux cas de leucémie aiguë /année	- L'équipe doit inclure des enseignants en technique de laboratoire et hématologie et pour les étudiants en médecine - L'équipe doit regrouper 6 hématologiste engagés dans l'enseignement et la recherche - Les greffes allogéniques doivent être supervisées par un hématologiste avec une surspécialisation 1 à 2 ans en greffe allogénique - Une supervision d'un minimum de 100 nouveaux cas /année et un minimum de 12 nouveaux cas de leucémie aiguë /année et de 12 greffes de moelle osseuse /année

SIÈGE TUMORAL	LOCAL	RÉGIONAL	SUPRA-RÉGIONAL
GYNÉCOLOGIQUE	- Un système de relance pour cytologie et biopsie anormales ainsi qu'un système de rappel devront être mis en place - Un minimum de 100 nouveaux cas/année par colposcopie est nécessaire pour maintenir l'expertise	- Radiothérapie adjuvante dans le traitement des cancers de l'endomètre et de la vulve doivent être effectuées par l'équipe régionale - Un minimum de 30 cas/année de radiothérapie pelvienne - Équipement et expertise de brachythérapie endocavitaire pelvienne sont disponibles - Les cancers précoces du vagin et du col utérin peuvent être traités par l'équipe régionale sous la supervision de l'équipe supra-régionale - Équipe peut traiter les cancers précoces de l'endomètre et de la vulve (excision locale) et procéder à l'évacuation des môles	- Présence de traitement au laser - Toute suspicion d'invasion ou de cytologie anormale chez la femme enceinte - Les cancers du vagin et du col utérin où il y a persistance ou récidive de tumeurs ou qu'il y a nécessité d'irradiation particulière - Les cancers ovariens à un stade plus avancé doivent être référés au centre pédiatrique ou gynécologique pour les jeunes patientes moins de 18 ans porteuses de masse suspecte - L'équipe doit disposer d'un pathologiste expérimenté ou d'un gynécologue expert en oncologie en tout temps - Le pathologiste doit répondre aux consultations pour les équipes locale et régionales

SIÈGE TUMORAL	LOCAL	RÉGIONAL	SUPRA-RÉGIONAL
CANCER DE LA TÊTE ET DU COU	N/A	- Les biopsies doivent être revues par un pathologiste expérimenté dans ce type de tumeur - L'interprétation histologique doit être effectuée sur place	- Le chirurgien spécialiste doit concentrer 60% de ses activités dans cette spécialité - Le radio-oncologue doit consacrer 60% de ses activités cliniques à cette spécialité - La présence d'un oncologue médical, d'un pathologiste et radiologiste spécialisés dans ce domaine est essentiel
CANCER DE LA PEAU	- La majorité des épithéliomas sont traités en cabinet privé - L'analyse du matériel biologique doit être confié à des personnes ayant les connaissances en dermatologie - Si découverte de lésions suspectes chez un jeune transfert vers un centre pédiatrique spécialisé	- Les tumeurs détectées dans la région centro-faciale, paupières ou oreilles et les tumeurs plus envahissantes - L'équipe doit être composée d'un dermatologue, un oncologue, un chirurgien plasticien et un pathologiste	- Les tumeurs détectées dans la région centro-faciale, paupières ou oreilles et les tumeurs plus envahissantes - Les mélanomes et tumeurs malignes envahissantes ou mutilantes doivent être traités par l'équipe - L'établissement d'indice histologique pour le pronostic et la survie - Établissement de protocoles thérapeutiques pour les stades les plus avancés - Traitement et diagnostic des lymphomes cutanés - L'équipe doit être composée d'un dermatologue, un oncologue, un chirurgien plasticien, un pathologiste et un radio-oncologue

SIÈGE TUMORAL	LOCAL	RÉGIONAL	SUPRA-RÉGIONAL
CANCER DU POUMON	Reconnaître et détecter les signes et symptômes d'un cancer	Traitement d'un stade limité ou métastasique	L'équipe devrait être composée d'un pneumologue, chirurgien thoracique, soins intensifs post chirurgicaux spécialisés, oncologue pulmonaire et radio-oncologue
COLORECTAL	Peut être effectué par un chirurgien général		Une minorité de cas requiert une référence à un expert : les petits cancers bas situés, les cancers du tiers moyen et inférieur du rectum, les cancers localement avancé T4 et les cas de métastases isolées du foie traitable par résection hépatique Tous les cancers digestifs hauts situés
UROLOGIQUE	N/A	Un urologue devrait faire au moins 25 cas/année de prostatectomie	- Thérapie adjuvante ou néoadjuvante dans le cancer de la prostate de type hormonothérapie ou radiothérapie seront déterminés à ce niveau - Les cancers du testicule le traitement doit être fait sous la supervision étroite de l'équipe supra - Le cancer du pénis doit être limité à une seule équipe compte tenu du très faible volume

SIÈGE TUMORAL	LOCAL	RÉGIONAL	SUPRA-RÉGIONAL
PÉDIATRIQUE	N/A	- Présence de l'expertise en oncologie et en pédiatrie - Personnel infirmier compétent et bien formé - Pharmacien habilité à préparer les médicaments anticancéreux - Équipe de support psychosociale	- Tout enfant avec diagnostic de cancer doit être référé au centre supra-régional pour confirmation diagnostic et plan de traitement - L'équipe oncologique comprend oncologue pédiatrique, hémato-oncologue pédiatrique, chirurgien pédiatrique, pathologiste avec expertise pédiatrique, radio-oncologue avec expertise pédiatrique, support psychosocial (psychiatre, psychologue, travailleur social), pharmacien avec expertise pour les protocoles de chimiothérapie - Assure la greffe de moelle osseuse - Si service non offert en milieu pédiatrique créer un lien formel avec CHU adulte

Annexe 8.

Projets en cours de planification avec incidence sur le budget de fonctionnement
Budget de fonctionnement additionnel requis à terme

Établissement	Titre du projet	Budget de fonctionnement additionnel requis
CLSC du Plateau Mont-Royal	Réaménager l'ancien Centre Chevalier de Lorimier pour relocaliser le CLSC	225 000 $
Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal	Implantation d'un centre ambulatoire	2 000 000 $
L'Hôpital général de Lachine	Relocaliser 101 lits de soins de longue durée dans l'ancien Hôpital général Lachine	925 000 $
Institut de cardiologie de Montréal	Agrandissement du bloc opératoire	8 200 000 $
Hôpital Maisonneuve-rosemont	Agrandissement de la radio-oncologie	5 800 000 $
Sous-total		**17 375 000 $**

Projets en réalisation ou terminés avec développement budgétaire obligatoire

Établissement	Titre du projet	Budget de fonctionnement additionnel requis	Année de démarrage
Les CHSLD de Mon Quartier	Agrandissement et réaménagement dans le Pavillon Guillaume-Lachaise	400 000 $	2005-2006
Le Centre Dollard-Cormier	Réaménager 260 lits dans l'ancien Hôpital Ste-Jeanne-d'Arc	1 200 000 $	
Centre hospitalier de Verdun	Rénovation fonctionnelle des services de l'urgence	171 000 $	2004-2005
CHUM (Notre-Dame)	Agrandir - rehausser la radio-oncologie - phase 3A et 3B	3 735 972 $	
Hôpital Sainte-Justine	Agrandissement et réaménagement de l'urgence	184 000 $	2004-2005
Hôpital Sainte-Justine	Agrandissement du Pavillon Charles Bruneau	5 900 000 $	2044-2005
Sous-total		**11 590 972 $**	
Total		**28 750 000 $**	

Annexe 9.

Priorités régionales d'immobilisations 2002-2003

RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DE MONTRÉAL-CENTRE

Priorités régionales d'immobilisations 2002-2003

1. Introduction

La Régie régionale a le mandat de recommander au ministère de la Santé et des Services sociaux les projets majeurs d'immobilisations dont le coût est supérieur à 1 M$ pour les centres hospitaliers et à 500 000 $ pour les autres établissements.

Les projets déposés au MSSS cheminent en deux étapes bien distinctes :

a) La « mise à l'étude » qui se concrétise par une décision du Ministre qui annonce formellement le projet et qui permet l'engagement de professionnels aux fins de préparer les plans et devis;

b) La phase « réalisation » proprement dite qui requiert un décret gouvernemental ainsi qu'une décision du Conseil du Trésor portant sur le financement du projet et sa réalisation.

En date du 12 juillet 2002, le sous-ministre associé Roger Paquet demandait aux régies régionales de soumettre pour le 15 août 2002 les projets prioritaires d'immobilisations en vue d'une mise à l'étude (lettre jointe). Une liste préliminaire de ces projets a été transmise le 23 juillet dernier par la Régie régionale de Montréal-Centre avec une note à l'effet que l'ordre de priorité serait déposé après l'approbation du dossier par le président-directeur général et le conseil d'administration de la Régie régionale.

2. Le cadre de référence ministériel

La demande ministérielle est accompagnée d'un nouveau « cadre de référence » pour la « présentation des projets immobiliers ». Le MSSS définit dans ce cadre les orientations nationales de programme pour les services généraux, les services spécialisés et ultraspécialisés. Ces orientations de programme ont des incidences immobilières comme par exemple en milieu CHSLD : l'élimination des salles, la majoration de lits en chambres simples et l'élimination de lieux physiques n'offrant pas des services de qualité. Le cadre de référence identifie les besoins spécifiques d'amélioration ou d'accroissement du parc immobilier actuel. Des lignes directrices sont également données par programme: en CHSLD, le développement d'lots prothétiques ouverts, semi-ouverts ou fermés ou encore, le développement d'espace en CLSC par la réutilisation d'édifices publics excédentaires, ou la location d'espace au lieu de construction nouvelle.

On fera référence au besoin à ce cadre de référence ministériel dans la présentation des priorités régionales.

3. Projets immobiliers de la région ... un portrait de la situation

3.1 Projets en réalisation ou réalisés depuis 1995

Le tableau 1 met en évidence d'abord les projets annoncés en 2001-2002 dans le plan triennal des immobilisations. Il s'agit de cinq (5) projets totalisant 108,5 M$, dont l'aménagement du centre ambulatoire de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont au coût de 62 M$.

D'autres projets totalisant 98,8 M$ annoncés dans les exercices antérieurs sont également en cours de réalisation, dont le centre ambulatoire de l'Hôpital Général Lakeshore au coût de 62 M$. Dans la section suivante, on retrouve les projets autorisés au centre hospitalier de l'Université de Montréal, soit 9 projets de 89,8 M$, dont celui d'agrandissement de la radio-oncologie pour 32,9 M$. Enfin, on a inclus une liste de 16 projets totalisant 144,0 M$ terminés au cours des dernières années et dont la plupart ont figuré sur les listes de priorités régionales d'immobilisations depuis 1995.

Les travaux engagés ou complétés se chiffrent donc à 441 M$ sur cette période de 7 ans, soit environ 63 M$ par année.

Tableau 1

PROJETS EN RÉALISATION ET PROVISIONNÉS (CT d'exécution) DEPUIS 1995

ÉTABLISSEMENT	TITRE DU PROJET	COÛT DU PROJET
PROJETS EN COURS - PTI 2001-2002		
Centre Dollard-Cormier	Reloc. CHSLD St-Georges ex-Hôpital Ste-Jeanne d'Arc	21 654 000 $
[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]
	Sous-total	[illegible]
PROJETS EN COURS - PTI ANTÉRIEURS		
[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]
	Sous-total	[illegible]
PROJETS EN COURS - CHUM		
[illegible]		
	[illegible]	[illegible]
	[illegible]	[illegible]
	[illegible]	[illegible]
	[illegible]	[illegible]
	[illegible]	[illegible]
	[illegible]	[illegible]
	[illegible]	[illegible]
	[illegible]	[illegible]
	[illegible]	[illegible]
	Sous-total	[illegible]
PROJETS TERMINÉS DEPUIS [illegible]		
[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]
	Sous-total	[illegible]
	Total	641 172 791 $

3.2 *Projets déjà acceptés et à l'étude en 2001-2002*

Tel que noté dans l'introduction, les projets à l'étude sont ceux pour lesquels une première annonce ministérielle a été faite permettant aux professionnels, architectes et ingénieurs de déterminer précisément les travaux à faire et d'obtenir des estimations plus fiables des coûts de projet.

La liste du tableau 2 comprend 18 projets pour un total de 267 M$.

Par rapport à ce groupe de projets, le Ministère demande dans sa lettre à la Régie régionale d'identifier ceux, s'il en est, pour lesquels l'opportunité de réalisation est remise en cause (abandon de projet) ou ceux dont on souhaite reporter la réalisation dans un horizon de plus de trois (3) ans. Une révision du projet d'agrandissement et de réaménagement du CHSLD Champlain Marie-Victorin a déjà été demandée par la Régie régionale. Tous les autres projets demeurent pertinents et souhaitables pour répondre à des besoins prioritaires.

__Tableau 2__

Priorités régionales d'immobilisations 2002-2003
PROJETS DÉJÀ À L'ÉTUDE

ÉTABLISSEMENT	TITRE DU PROJET	COÛT
C.H Angrignon (Verdun)	Réaménagement de l'urgence	9 144 000 $
Hôpital Sacré-Cœur	Centre ambulatoire	10 636 000 $
Hôpital Maisonneuve-Rosemont	Réaménagement de l'urgence	18 750 000 $
Hôpital Sainte-Catherine	Agrand. & réaménagement de l'urgence	7 575 000 $
Hôpital du Sacré-Cœur	Réaménagement de l'urgence et de la traumatologie	[illegible]
Institut de Cardiologie de Montréal	Agrandissement du bloc opératoire	[illegible]
Institut de Cardiologie de Montréal	[illegible]	[illegible]
Institut de Cardiologie [illegible]	[illegible]	[illegible]
CLSC Vieux-Lachine	[illegible]	[illegible]
CHSLD [illegible]	Agrand. & réaménagement [illegible]	[illegible]
Inst. universitaire de Gériatrie de Mtl	Réaménagement & agrandissement Alfred Desrochers	[illegible]
Centre jeunesse [illegible]	[illegible]	[illegible]
Hôpital Sacré-Cœur	[illegible]	[illegible]
Hôpital Maisonneuve-Rosemont	Détection et gicleurs	[illegible]
Hôpital Général de Montréal	Sécurité incendie détection et gicleurs	[illegible]
Hôpital Royal-Victoria	Sécurité incendie détection et gicleurs	[illegible]
Institut universitaire de Gériatrie Mtl	Agrandissement & réam. Centre de recherche	[illegible]
CHSLD [illegible]	[illegible]	[illegible]
	TOTAL	[illegible]

3.3 Vue d'ensemble sur la période 1995-2002

Comment se départagent les investissements réalisés et ceux prévus entre les installations des différentes clientèles du réseau? Les données de coût de projet des tableaux précédents ont été regroupées par programme et on peut observer que ce sont les installations pour les soins physiques de courte durée et celles pour les soins aux personnes âgées en hébergement qui ont bénéficié des investissements dans des proportions de 50% et 38%, soit au total plus de 88% des sommes allouées. Les projets de vétusté physique à 33 M$ représentent 4,6% du total. On ne tient pas compte ici des investissements du PAIP de janvier 2002 (35 M$), ciblés aussi uniquement sur la vétusté physique.

__Tableau 3__

SOMMAIRE PAR PROGRAMME
LES PROJETS MAJEURS 1995-2003

PROGRAMMES	TRAVAUX COMPLÉTÉS OU ENGAGÉS (M$)	À LA PHASE ÉTUDE en 2002 (M$)	TOTAL (M$)	% DU TOTAL
Centres hospitaliers	236,1	122,9	359	50,70%
CHSLD	182,5	89,9	272,4	38,47%
Jeunesse	3,4	30	33,4	4,72%
CLSC	10,3	0	10,3	1,45%
Vétusté	8,8	24,2	33	4,66%
TOTAL :	**441,1**	**267**	**708,1**	**100%**

4. Les nouvelles demandes prioritaires 2002-2003

4.1 Une présentation en deux (2) groupes distincts de priorités...

C'est un fait reconnu que les projets majeurs réalisés ou mis à l'étude au cours des dernières années progressent relativement lentement, malgré la gravité des situations en cause. De plus en plus, on doit faire face à des besoins urgents impliquant des investissements relativement modestes qui dépassent néanmoins la capacité régionale de financement par le maintien d'actif. Les limites fixées par la loi aux autorisations de projet par les régies régionales (1 M$ pour les CH et 900 K$ pour les autres catégories d'établissements publics) n'ont pas été rehaussées depuis 1976.

Le cadre de référence ministériel fait référence à la possibilité de regrouper des projets inférieurs à 2 M$ pour des interventions ciblées en CHSLD. Bien que ce nouveau programme soit identifié au secteur de l'hebergement et des soins prolongés et que ses paramètres n'aient pas encore été définis par le MSSS, un relevé a permis d'identifier des besoins prioritaires dans plusieurs autres types de services. On a pu ainsi former un groupe distinct de projets à coûts peu élevés qui justifient aussi selon nous, une approche d'investissement et de gestion de projet différente de celle qui prévaut pour les projets majeurs de coûts très élevés.

Faute de moyens de pouvoir répondre à ces besoins urgents, il est proposé ici de soumettre les demandes de ce groupe à l'attention spéciale du Ministère.

4.2 *Projets inférieurs à 2 M$ (tableau 4)*

Chaque groupe de projets cible une problématique particulière qui est brièvement présentée dans les paragraphes qui suivent en exposant la situation à corriger, les impacts de l'intervention souhaitée, la relation s'il en est avec les projets majeurs et la conformité aux orientations ministérielles.

a) **Haute technologie - 8 projets / 10 M$**

Plusieurs équipements majeurs ayant été autorisés par le MSSS sont déjà commandés ou en voie de l'être et ne pourront pas être installés dans des locaux appropriés faute de disposer des budgets requis pour les aménagements.

Ces investissements permettront l'accessibilité aux technologies de pointe notamment, avec l'ajout de six (6) appareils de résonance magnétique ce qui augmentera de façon majeure l'accessibilité aux examens et diminuera le temps d'attente. Le cadre de référence ministériel confirme l'intention du MSSS de financer ces installations. Les besoins régionaux à cet égard se chiffrant à 10 M$ pouvant être répartis sur deux (2) exercices financiers.

b) **Urgences - 3 projets / 4,63 M$**

Aucune salle d'urgence de la région de Montréal ne correspond dans ses aménagements aux réalités et visions nouvelles de l'unité d'urgence mise de l'avant dans le « Guide de gestion d'unité d'urgence » prôné par le MSSS. En mars 2002, la Régie régionale soumettait au MSSS une proposition de priorisation des projets de rénovation des salles d'urgence de la région en lien avec les nouvelles normes du centre de coordination nationale des urgences (CECCNU) et la grille d'évaluation des programmes fonctionnels et techniques élaborés par le comité national d'experts.

Dans la catégorie de projets en attente d'un CT d'exécution que l'on retrouve dans le **tableau 2** précédent, les projets prioritaires sont dans l'ordre :

- Hôpital Maisonneuve-Rosemont
- Hôpital Sacré-Coeur
- Hôpital Santa-Cabrini
- Centre hospitalier de Verdun

Le projet de l'Hôpital Sainte-Justine en priorité n° 4 dans le rangement de mars 2002 a depuis reçu l'aval ministériel pour sa réalisation et il figure au **tableau 1**.

Dans la catégorie de projet à être mis à l'étude :

- L'Institut de Cardiologie a déposé un P.F.T. et fait partie des projets soumises pour étude (voir section 4.3);
- Hôpital Général Juif fait l'objet d'une étude de faisabilité en cours au niveau de l'établissement.

Enfin, une troisième catégorie vise des projets réalisables à l'intérieur d'un budget de 1 à 2 M$ que l'on retrouve au **tableau 4** dans les demandes régionales 2002-2003, dans l'ordre prioritaire suivant :

1) C.H. Lachine
2) Hôpital Fleury
3) Hôpital Jean-Talon

Pour compléter le portrait de la situation, mentionnons que des travaux sont en cours à l'Hôtel-Dieu de Montréal dans le cadre des projets autorisés au CHUM pour apporter des correctifs jugés indispensables pour une qualité minimale d'environnement pour les patients et le personnel soignant en attendant la relocalisation dans le futur CHUM.

c) CHSLD - 3 projets / 4,9 M$

Les besoins de rénovation fonctionnelle en CHSLD demeurent très grands malgré les investissements majeurs déjà consentis de 272 M$ depuis sept (7) ans. On déplore la présence de salles de quatre (4) lits et plus, l'exiguité des chambres, l'absence d'espaces communs (salons), des sanitaires peu adaptés aux personnes handicapées. Une planification régionale des investissements est requise qui devra être basée sur le nouveau plan 2003-2006 pour les lits CHSLD en cours d'élaboration. Les projets ciblés dans nos priorités <2 M$ pour 2002-2003 sont à l'étude depuis plusieurs années et veulent répondre à des besoins critiques.

Le réaménagement d'un groupe de chambres au pavillon St-Henri des résidences Mance-Décary répond à un besoin urgent tel que la Régie régionale, en accord avec l'établissement, a autorisé la confection des plans et devis en vue d'une réalisation de cette partie d'un projet majeur de 10 M$ visant d'ensemble de l'édifice. La réalisation de l'autre partie du projet sera reconsidérée ultérieurement.

Les travaux envisagés au pavillon Jean-de-la-Lande permettraient de compléter des réaménagements réalisés pour intégrer la clientèle du pavillon Chevalier-de-Lorimier en 2000-2001; ce faisant, le projet de 12 M$ déposé dans les demandes antérieures de la Régie régionale est abandonné.

Le projet du CHSLD Armand-Lavergne est un exemple type, visant les sanitaires sur six (6) étages alors qu'on envisageait de réaliser ces travaux en plusieurs étapes avec beaucoup de dérangement pour ces patients et le personnel. D'autres projets pourront être identifiés au cours des mois qui viennent dans cette perspective de cibler des interventions limitées sans nécessairement rencontrer, comme cela est fait dans les projets majeurs, toutes les normes du guide d'aménagement des nouveaux CHSLD en construction.

d) Suppléance rénale - 3 projets / 4,8 M$

Dans son cadre de référence, le MSSS consacre un chapitre particulier aux services spécialisés de suppléance rénale. L'orientation ministérielle est claire : les listes d'attente ne sont pas permises pour les services de dialyse, le rapprochement des services près du lieu de résidence des patients est souhaitable et des services de prédialyse retardent le recours à la dialyse et dans plusieurs cas peuvent l'empêcher. Le MSSS reconnaît que des développements d'espaces sont nécessaires pour répondre aux besoins croissants de la clientèle de Montréal-Centre et accepte la notion d'unités satellites à l'extérieur d'un établissement tout en souhaitant le regroupement de certaines formes de dialyse là où la densité de la population le permet.

Dans le cadre des demandes prioritaires en développement de dialyse rénale, trois (3) projets ont été identifiés pour résoudre des situations graves dans chacun des établissements visés. En priorité, l'Hôpital Général Juif doit faire face à une surcharge telle qu'il ne peut offrir le nombre normal de trois (3) traitements par semaine par patient. Les espaces actuels, bien que fonctionnels ne suffisent plus et un agrandissement temporaire est nécessaire en attendant la consolidation du service dans le cadre d'un projet majeur.

La deuxième priorité est le projet de l'Hôpital St-Mary où on observe une augmentation de 44% de la dialyse péritonéale qui est préférée à cause du manque d'espace, de la vétusté et de la non-conformité aux normes de l'installation. Ce projet de 3,3 M$ dépasse le plafond de 3 M$ fixé pour les demandes de ce groupe. Compte tenu de son urgence relative, un montage financier sera discuté au besoin avec le MSSS.

En troisième lieu, on soumet le développement d'une installation satellite du CUSM dans les espaces loués au Complexe Reine-Élizabeth, ancien hôpital du même nom.

Les budgets de fonctionnement additionnels requis pour ces développements devront être obtenus du MSSS en parallèle avec les budgets d'immobilisations. Ces budgets totalisent régionalement un peu plus de 2,8 M$ dont 860 K$ au Général Juif, 525 K$ à St-Mary et 1,5 M$ au CUSM.

e) Santé mentale - 1 projet / 1,95 M$

Le projet de regroupement des services externes de géronto-psychiatrie vise à rendre plus efficace dans un environnement plus adapté en regroupant des patients présentement dispersés à différents endroits de l'établissement dans un édifice en retrait du campus principal sur le site.

f) Toxicomanie, volet jeunesse - 1 projet / 1,85 M$

Le Centre d'accueil Le Portage inc. est un établissement privé-conventionné du réseau offrant des services à titre de centre de réadaptation pour les personnes alcooliques et toxicomanes dans une programmation de services reconnus et subventionnés par la Régie régionale. Ce programme comporte un important volet jeunesse de 24 places et revêt un caractère national pour toute la clientèle anglophone.

Le centre opère dans des installations nettement déficientes et le projet vise une relocalisation dans les installations du pavillon John Birks, sur le campus de l'Hôpital Douglas et propriété par bail emphytéotique du Centre de réadaptation de l'Ouest de Montréal à qui les espaces seront loués. D'importants travaux de vétusté et de réaménagement sont requis pour remettre l'installation en état après plusieurs années de non-utilisation.

Le MSSS a déjà signifié à la Régie régionale le caractère prioritaire de ce programme de services.

4.3 Projets majeurs soumis pour mise à l'étude en 2002-2003

4.3.1 Critères d'admissibilité

Peuvent être proposés pour « *étude* » des projets dont la pertinence et la faisabilité ont été démontrées par des études sérieuses et dont les besoins sont détaillés dans le cadre d'un programme fonctionnel et technique ou, dans certains cas, par une portée de travaux de sécurité ou de vétusté bien définie.

Le projet doit être déposé formellement à la Régie régionale par l'établissement et une recommandation formelle du programme fonctionnel et technique est requise de la Régie régionale avant que le MSSS procède à l'engagement des professionnels.

Tout projet déposé dont l'évaluation n'est pas complétée est considéré comme « *besoin* » à l'étude au niveau régional.

4.3.2 Approche de priorisation

a) Catégories de projets

Pour faciliter l'analyse dans une perspective globale, on distingue des catégories de projets en fonction de l'organisation de services par type d'établissement. Les projets de maintien des infrastructures (sécurité-vétusté) et ceux visant la recherche forment aussi deux catégories distinctes.

Pour les fins du présent dossier, quatre groupes ont été identifiés :

- Centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS)
- Centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)
- Centres hospitaliers de soins psychiatriques (CHSP)
- Centres de réadaptation en déficience intellectuelle (CRDI)

b) Justification des priorités

Chaque projet est comparé aux autres projets, d'abord à l'intérieur de sa catégorie et ensuite aux projets des autres catégories. L'essentiel des arguments qui permettent de situer le niveau de priorité est donné. Plusieurs projets jugés incontournables pourraient recevoir la priorité régionale n° 1. C'est pourquoi, la gravité de la situation à corriger, les impacts sur l'organisation des services et sur les clientèles, les délais déjà encourus et la capacité de l'établissement ou des autres établissements de même vocation de compenser par des mesures provisoires permettent d'établir l'urgence relative des projets les uns par rapport aux autres.

PRIORITÉ N° 1

•CHSLD Centre-Ville – Rénovation fonctionnelle du Manoir l'Âge d'Or 7,8 M$

PROBLÉMATIQUE

L'édifice a été construit pour une clientèle autonome légère et compte 240 lits répartis sur 10 étages. L'absence de sanitaires adaptés et d'espaces communautaires rend l'installation déficiente par rapport aux normes ministérielles en CHSLD. Les réaménagements sont possibles avec une réduction des lits à 20 par étage. 2 étages ont déjà été aménagés par la Régie régionale pour accueillir en urgence des bénéficiaires de la communauté juive.

GRAVITÉ DE LA SITUATION

Un des buts du projet est d'améliorer l'accessibilité en CHSLD pour la communauté juive présentement la plus en besoin dans tout le territoire et pour laquelle on prévoit utiliser 40 lits existants qui s'ajouteront aux 40 aménagés par la Régie régionale pour un total de 80 lits avec espaces communautaires et services alimentaires répondant aux exigences du confort culturel requis. On reconnaît que cette première mesure concrète d'accessibilité doit prendre le pas sur

d'autres projets d'amélioration de services déjà existants. Il est souhaité de reaménager en même temps tous les autres étages pour éviter de créer deux (2) zones de qualité de vie différentes dans l'établissement.

IMPACTS SUR L'ORGANISATION DES SERVICES
Cette mesure est une solution élaborée en collaboration avec les membres de la communauté a même les ressources existantes, compte tenu de la non-disponibilité de budget de développement et du délai requis par une construction nouvelle.

CHEMINEMENT
Le projet de réaménagement a été proposé il y a plusieurs années. Les nouveaux objectifs de service ciblés sur la clientèle juive déterminent le caractère prioritaire du projet.

PRIORITÉ N° 2

•Hôpital Louis-H. Lafontaine – Relocalisation d'unités et de services **10,25 M$**
Pavillons Cloutier et Bourget

PROBLÉMATIQUE
L'établissement s'est engagé dans un programme ciblé de décroissance majeure de ses lits qui oblige la fermeture de plusieurs unités de soins et amène une dispersion des services dans des immeubles occupés à moitié. Une rationalisation de l'utilisation des espaces est nécessaire dans le cadre d'un plan directeur dont les éléments essentiels sont connus et qui confirme la concentration des services dans les pavillons Bourget et Solange Cloutier.

GRAVITÉ DE LA SITUATION
Trois situations demandent une attention particulière. L'éloignement des soins intensifs de l'urgence est une source de dysfonctionnement et de problèmes de sécurité. Le centre de jour est situé dans un bloc réservé aux patients hospitalisés à long terme et impose une circulation non souhaitée de clientèle dans l'édifice. Enfin, le pavillon Lahaise déjà désaffecté en grande partie doit être complètement libéré pour faire place au CHSLD Mon Quartier – pavillon Jeanne LeBer.

ORGANISATION DES SERVICES
L'hôpital est un pôle régional de services en santé mentale. Le projet en lien direct avec la transformation du réseau et le défi de l'accès dans les services de santé mentale. Les services offerts seront de meilleure qualité et l'efficience accrue en raison de la meilleure utilisation du parc immobilier.

AUTRES PROJETS
Un projet semblable de réorganisation de services est proposé dans la présente démarche au même niveau de priorité pour le CH Douglas. Depuis 10 ans, un seul projet majeur a été obtenu dans le secteur de la santé mentale (Hôpital Rivière-des-Prairies – suite au rapport Shadley).

PRIORITÉ N° 2

•CH Douglas – Relocalisation d'unités et de services – pavillon Porteous **10,37 M$**

PROBLÉMATIQUE
L'établissement est situé dans un vaste campus composé de plusieurs bâtiments dispersés dont certains sont vétustes. La décroissance de la clientèle pose un problème majeur d'efficience et de qualité de service. Le plan directeur des immobilisations a été établi et les priorités identifiées.

GRAVITÉ DE LA SITUATION
Les deux unités de soins du pavillon Porteous qui ont été conservées sont dans un état déplorable et impropre à une prestation de soins de qualité. L'urgence et les soins intensifs situés au pavillon Reed opère dans des locaux inadéquats, insuffisants, non conformes aux normes et éloignés des unités d'admission court terme logées dans deux autres pavillons. La rénovation du pavillon Porteous, bâtiment en bon état physique et bien entretenu permet d'accueillir et d'intégrer les services et les unités.

ORGANISATION DES SERVICES
Il s'agit d'un pôle régional majeur de services en santé mentale pour la population anglophone de l'île. Le projet découle de la transformation du réseau.

AUTRE PROJET
Un projet de même nature est proposé pour Louis-H. Lafontaine au même niveau de priorité.

ORIENTATIONS DU CADRE MINISTÉRIEL DE RÉFÉRENCE
Pour les investissements en santé mentale, le cadre ministériel précise comme ligne directrice qu'aucun lit au-delà de la norme provinciale ne sera considéré pour réaménagement dans les P.T.I. mais qu'il pourra accepter des réaménagements pour favoriser le rétablissement des personnes dans un environnement adéquat. On note ici que tous les aménagements proposés pour les deux (2) centres de soins psychiatriques de la région visent uniquement les lits ciblés par la norme provinciale et que les projets sont conformes à l'orientation ministérielle.

CHEMINEMENT
En 1999-2000, on a inscrit la phase 1 du projet dans les priorités régionales. Le projet a été révisé pour englober les deux phases prévues en une seule.

PRIORITÉ N° 3

•Institut de Cardiologie -Réaménagement et agrandissement de l'urgence et cliniques externes **16,0 M$**

PROBLÉMATIQUE
On a exposé précédemment (4.2 b) la problématique régionale des salles d'urgence. L'Institut de Cardiologie, ayant été conçu à l'origine pour une clientèle référée, n'a pas à proprement parler de salle d'urgence. Au fil du temps, l'Institut a dû recevoir et traiter des patients se présentant en urgence avec des problèmes cardiaques et l'achalandage est tel que l'on doit la considérer comme une unité d'urgence des plus utiles pour tout le bassin de la couronne Nord-Est de Montréal.

Les locaux actuels présentent des lacunes fonctionnelles importantes : salle d'attente servant de couloir aux patients sur civière d'ambulance, aucune salle de triage, aucune aire ambulatoire et locaux de soins exigus et non fonctionnels.

CHEMINEMENT DU DOSSIER
Le programme fonctionnel et technique doit faire l'objet d'une recommandation formelle de la Régie régionale au MSSS.

PRIORITÉ N° 4

•Hôpital Général Juif (SMBD) - Construction de l'aile H **81,0 M$**

PROBLÉMATIQUE
Plusieurs interventions majeures dans divers services cliniques ont été envisagées séparément, dont le réaménagement des soins intensifs coronariens (priorité régionale n° 7 en 1999), le réaménagement des soins intensifs au complet incluant l'unité coronarienne mentionnée précédemment et les soins intensifs médicaux chirurgicaux (priorité régionale n° 4 en 2001). D'autres interventions sont nécessaires en dialyse rénale en radio-oncologie (programme national), au bloc opératoire et dans un certain nombre de cliniques externes spécialisées.

SOLUTION PROPOSÉE
Dans le cadre d'un plan directeur immobilier, le projet d'agrandissement de l'hôpital par l'ajout d'une nouvelle aile (H) permettra de maintenir les activités pendant les travaux et de satisfaire à l'ensemble des besoins. Un budget additionnel de 2 M$ est requis pour les coûts de base de l'installation (chauffage, entretien, etc.).

PRIORITÉ RELATIVE
La gravité des situations observées dans les services névralgiques de l'établissement depuis plusieurs années et les niveaux d'activités sont des facteurs déterminants dans la priorité accordée au projet.

CHEMINEMENT
Le projet a été formellement recommandé par la Régie régionale (23 octobre 2001).

PRIORITÉ N° 5

•C.H. de Verdun - réaménagement des cliniques externes et médecine de jour 10,35 M$

PROBLÉMATIQUE
Les installations du Centre hospitalier de Verdun compte parmi les plus vétustes de la région au plan de la fonctionnalité et un plan directeur immobilier a été mis au point en vue de cibler des interventions majeures selon un ordonnancement optimal. Ainsi, le réaménagement de l'urgence a été complètement revu dans cette nouvelle perspective. Le dossier prioritaire suivant vise les services ambulatoires via les cliniques externes et la médecine de jour.

PRIORITÉ RELATIVE
Le projet était inscrit en priorité n° 10 en 2001-2002 est ainsi représenté en priorité n° 5 compte tenu de l'avancement des autres projets.

PRIORITÉ N° 6

•Hôpital Général Juif (SMBD) - Agrandissement du centre de recherche et services ambulatoires **50,0 M$ (8 M$ par le MSSS)**

PROBLÉMATIQUE

Dans la foulée du programme fédéral de la Fondation canadienne de l'innovation (F.C.I.), les installations de recherche s'avèrent insuffisantes dans plusieurs établissements ayant bénéficié de subventions très importantes et des fonds ont été alloués pour des projets de construction.

L'Hôpital Général Juif est un leader dans plusieurs axes de recherche, notamment l'axe VIH/SIDA et l'axe CANCER. Un projet de construction de 50 M$ a été formellement recommandé au MSSS en 2001 qui n'a pu se concrétiser. Eu égard aux échéances fixées par le F.C.I., l'hôpital a dû réviser son approche ainsi que le plan directeur immobilier.

La nouvelle proposition consiste à l'ajout de cinq (5) étages au-dessus de l'aile E, dont deux (2) consacrés à la recherche et trois (3) aux services cliniques. On regroupe ainsi en un seul projet des composantes jugées les plus urgentes du développement de la recherche ainsi que celles de l'expansion des espaces consacrées aux services ambulatoires de l'hôpital. La proximité des cliniques d'oncologie est un facteur determinant dans la solution choisie par l'hôpital.

FINANCEMENT

L'hôpital propose un montage financier comportant des participations du F.C.I. (9,75 M$), du ministère de la Science et de la Technologie (12,7 M$), de la Fondation de l'hôpital (19,6 M$) et s'engage à réaliser le projet avec une partcipation du MSSS limitée à 8 M$.

CHEMINEMENT DU PROJET

Un nouveau programme fonctionnel et technique (P.F.T.) est en cours d'élaboration à partir des P.F.T. déjà déposés à la Régie régionale sur la recherche et sur les services ambulatoires. Les échéances imposées aux subventions requièrent un cheminement particulier.

PRIORITÉ N° 7

•Centre Miriam - relocalisation à Mtl de la clientèle du pavillon Vimont de Laval 2,97 M$

ORIENTATIONS MINISTÉRIELLES

Le MSSS favorise le maintien en milieu naturel des personnes présentant une déficience intellectuelle et leur reinsertion sociale. Le parc immobilier offre dans l'ensemble un nombre de places supérieur au besoin et le MSSS appuie la création de milieu de vie adaptée hors-institution.

PROBLÉMATIQUE

Le Centre Miriam est un établissement traditionnellement rattaché à la communauté juive et sa clientèle de 47 bénéficiaires est encore hébergée en mode institutionnel dans son pavillon Vimont à Laval.

SOLUTION

Le projet de relocalisation est conforme aux orientations ministérielles. La clientèle est rapprochée de la communauté. En plus des résidences de type familial qui accueilleront la majorité des clients, l'établissement veut aménager une résidence communautaire pour 17 clients qui ont des besoins au plan médical et comportemental en reliant entre elles trois (3) maisons distinctes conçues pour six (6) clients chacune. On pourra ainsi fournir un encadrement plus important et des services particuliers sans s'écarter du caractère de milieu naturel.

PRIORITÉ

Ce projet pourrait à la limite être réalisé en région et faire partie de la liste des projets inférieurs à 3 M$.

À cause de la complexité découlant de la relocalisation, tant au plan de la recherche de terrain, de la disposition de l'immeuble et des coûts de transition, il a été inscrit dans la liste des projets soumis pour étude à un niveau suffisamment élevé pour en permettre l'approfondissement au cours des prochains mois. La Fondation a proposé une participation de 1 M$ et l'investissement relativement peu élevé a peu d'impact sur l'avancement des autres projets.

CHEMINEMENT

Le programme fonctionnel et technique du projet a été déposé à la Régie régionale et devra être recommandé formellement au MSSS.

PRIORITÉ N° 8

•Résidences Laurendeau, Légaré, Louvain - rénovation fonctionnelle et agrand. pavillon Louvain **15,46M$**

Le pavillon Louvain est une installation qui dessert présentement 155 bénéficiaires construit initialement pour personnes autonomes, elle présente un niveau élevé de vétusté fonctionnelle (sanitaires non adaptés, absence d'espace communautaire) et ne rencontre pas les normes ministérielles en CHSLD. L'agrandissement est nécessaire pour faire les aménagements sans réduire le nombre de lits.

PRIORITÉ N° 9

- **Foyer Rousselot / réaménagement fonctionnel et agrandissement** **11,73 M$**

GRAVITÉ DE LA SITUATION

L'installation physique actuelle dessert 157 bénéficiaires et présente un niveau élevé de vétusté fonctionnelle et ne rencontre pas les normes ministerielles en CHSLD.

L'agrandissement requis pour maintenir le nombre de lits sera effectué à même l'aile «C» présentement propriété de la Corporation Province Ville-Marie des Sœurs grises et dont le coût d'acquisition (3 M$) s'ajoute au coût du projet.

PRIORITÉ N° 10

- **Manoir Cartierville - rénovation fonctionnelle** **17,5 M$**

PROBLÉMATIQUE

Ce projet est présenté pour la première fois dans la liste des priorités régionales d'immobilisations. L'établissement héberge 285 bénéficiaires dans une installation physique qui n'offre pas le « milieu de vie » et les commodités nécessaires pour un hébergement et des soins de qualité. Un plan directeur immobilier et un P.F.T. ont été déposé à la Régie régionale.

CHEMINEMENT

Le programme fonctionnel et technique devra être recommandé au MSSS.

PRIORITÉ N° 0

- **Hôpital Maisonneuve-Rosemont - agrandissement et réaménagement de la radio-oncologie** **39,5 M$**

PROBLÉMATIQUE

Ce projet a été élabore dans le cadre de la planification nationale des services de radio-oncologie. Il consiste essentiellement à ajouter trois (3) accélérateurs linéaires ainsi que les équipements de planification et de simulation requis.

PRIORITÉ NATIONALE

Le MSSS considère les projets de services ultraspécialisés dont ceux de radio-oncologie comme des priorités nationales indépendamment des priorités regionales (priorité « 0 »).

RD/lc
2002-09-09

Tableau 4: Priorités régionales d'immobilisations 2002-2003
Projets inférieurs à 3 M$

ÉTABLISSEMENTS	DESCRIPTION	COÛT PROJET
a) HAUTE TECHNOLOGIE - équipements	TRAVAUX D'AMÉNAGEMENTS ET INSTALLATION	
Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal	Aménagement 2e salle de résonance magnétique	1,500
Institut de cardiologie de Montréal	Aménagement salle de résonance magnétique (dév autorisé)	0,600
Hôpital Maisonneuve-Rosemont	Aménagement 2e salle de résonance magnétique	0,850
CUSM - Hôpital de Montréal pour Enfants	Aménagement salle d'hémodynamie	1,500
CUSM - Hôpital Neurologique	Aménagement salle de résonance magnétique et angiographie biplan	2,200
CUSM - Hôpital Royal Victoria	Aménagement salle de résonance magnétique(dév autorisé)	1,700
Hôpital St-Mary	Aménagement salle de résonance magnétique(dév autorisé)	0,850
Hôpital Sainte-Justine	Aménagement salle d'angiographie et salle de résonance magnétique	0,800
	Sous-total :	**10,000**
b) URGENCES		
Centre hospitalier de Lachine	Réaménagement de l'urgence	1,000
Hôpital Fleury	Réaménagement de l'urgence	2,000
Hôpital Jean-Talon	Réaménagement de l'urgence	1,830
	Sous-total :	**4,830**
c) CHSLD		
Résidences Mance-Décary / Pavillon Saint-Henri	Rénovation de 48 chambres / aile est	1,830
CHSLD du Plateau Mont-Royal / Centre Jean-de la Lande	Réaménagement espaces communs et services / 3e au 7e	1,940
CHSLD Armand-Lavergne	Réaménagement blocs sanitaires et services / 5 unités	1,170
	Sous-total :	**4,940**
d) SUPPLÉANCE RÉNALE		
Hôpital Général Juif S M B D	Agrandissement temporaire hémodialyse	1,000
Centre hospitalier de St-Mary	Réaménagement de la dialyse	3,353
CUSM - Hôpital Général de Montréal	Aménagement clinique d'hémodialyse (incluant équipements)	0,500
	Sous-total :	**4,853**
e) SANTÉ MENTALE		
Centre hospitalier Dougias	Regroupement services externes géronto-psychiatrie	1,950
	Sous-total :	**1,950**
f) TOXICOMANIE, VOLET JEUNESSE		
Centre de réadaptation de l'Ouest de Montréa	Relocalisation du C.A. Le Portage au pavillon John Birks	1,850
	Sous-total :	**1,850**
	TOTAL des projets < = 3,0 M$	**28,278**

Tableau 6 : PRIORITÉS RÉGIONALES D'IMMOBILISATIONS 2002-2003
PROJETS SOUMIS POUR ÉTUDE

PRIORITÉ	ÉTABLISSEMENTS		CATÉGORIE	DESCRIPTION	COÛT PROJET
1	CHSLD Centre-Ville / Manoir de l'âge d'or	R	CHSLD	Rénovation fonctionnelle	7 800
2	Hôpital Louis-H. Lafontaine	R	CHSP	Réaménagement fonctionnel majeur - phase 1	10 250
2	Centre hospitalier Douglas	R	CHSP	Rénovation urgence, admission soins intensifs (Pavillon Porteous)	10 375
3	Institut de Cardiologie de Montréal	N	CHSGS	Réaménagement et agrandissement de l'urgence et cliniques externes	16 000
4	Hôpital Général Juif S.M.B.D.	M	CHSGS	Construction aile H et réaménagements	61 100
5	Centre hospitalier de Verdun	R	CHSGS	Réaménagement cliniques externes et médecine de jour	10 350
6	Hôpital Général Juif S.M.B.D.	N	CHSGS	Agrandissement centre de recherche et services ambulatoires	50 000 *
7	Le Centre Miriam	N	CRDI	Relocalisation À Mtl -clientèle du pavillon Vimont de Laval	2 927
8	Résidences Laurendeau, Légaré, Louvain	R	CHSLD	Rénovation fonctionnelle et agrandissement - Résidence Louvain	15 468
9	Foyer Rousselot	R	CHSLD	Agrandissement et rénovation fonctionnelle	11 730
10	Manoir Cartierville	R	CHSLD	Rénovation fonctionnelle	17 500
0	Hôpital Maisonneuve-Rosemont	N	CHSGS	Agrandissement et réaménagement de radio-oncologie	38 514
				TOTAL des projets > 3 M$	**273,912**

Légende:
R projet redéposé
N nouveau projet
M projet modifié

* Participation du MSSS de 8 M$

RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
MONTRÉAL-CENTRE